

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910 — N° 70

LES FORMES BASALES
DE LA
Tuberculose Pulmonaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Mai 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri HORAND

né à Lyon, le 7 avril 1881



LYON

Imprimerie WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

1910

LES FORMES BASALES
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910 — N° 70

LES FORMES BASALES

DE LA

Tuberculose Pulmonaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Mai 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri HORAND

né à Lyon, le 7 avril 1881



LYON

Imprimerie WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE. TEISSIER. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLLET. NICOLAS. PIERRET. WEILL. POLLOSSON A. CLUZET. HUGOUNENQ. X. BEAUVISAGE. GUIART. TESTUT. RENAUT. MORAT. ROQUE. COLLET. PAVIOT. POLLOSSON (M.) ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.) PIC. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales	{
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie.	
Physiologie.	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée.	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique.	
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS,
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	BÉRARD, agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, agr.
Accouchements	COMMANDEUR, —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique.	PATEL, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LEPINE Ch...	NOGIER.
SAMBU.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	LATARGET. ch...
COURMONT (P.).	GAYET.	Etienne MARTIN.	BÉRIEL, ch...
CHATIN.	MOREL.	LAROYENNE.	BRETIN, ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	THÉVENOT, ch...
TIXIER.	PATEL.		

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PAVIOT, Président ; M. ROQUE, Assesseur ;
MM. P. COURMONT et BÉRIEL, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MON GRAND-PÈRE, LE D^r HORAND
*Chirurgien-accoucheur et médecin titulaire
du Dispensaire général de Lyon*

A MON PÈRE, A MA MÈRE et A MA GRAND-MÈRE

Je dédie ce travail en témoignage de ma vive affection et de ma reconnaissance.

A MON ONCLE, LE D^r HORAND
Ex-chirurgien major de l'Antiquaille

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

A MON MAITRE, M. LE DOCTEUR PAVIOT

Professeur d'anatomie pathologique

Médecin des Hôpitaux

A qui je suis reconnaissant de l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de mon jury de thèse. A lui, je dois de m'en avoir inspiré le sujet et guidé dans le choix des observations qu'elle comporte aussi bien que dans leur interprétation. Grâce à sa compétence j'ai pu entreprendre ce travail et lui suis redevable de ce qu'il peut y avoir de meilleur soit dans cette tentative, soit dans mon éducation médicale elle-même.

A MES MAITRES DES HOPITAUX :

MM. DURAND, LECLERC, NOVÉ-JOSSERAND,
PAVIOT, ROCHET, TIXIER

Je remercie vivement MM. BÉRIEL et LESIEUR, médecins des hôpitaux, et M. ROQUE, professeur de pathologie interne, d'avoir bien voulu accepter d'être de mon jury de thèse.

Mon ami J. Marchand, externe des Hôpitaux, me permettra de rendre hommage au talent artistique qui lui permet, sans qu'il fût habitué à ce genre de dessin, de reproduire d'une façon aussi satisfaisante qu'il est possible, les coupes histologiques exécutées par MM. Daujat, Delachanal et Gardère, internes des Hôpitaux et préparateurs au Laboratoire d'anatomie pathologique.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Nous devrions, nous conformant à l'usage, nous excuser tout d'abord d'avoir à dire quelque chose sur la tuberculose du poumon.

Il s'agit vraiment là d'un sujet que l'on n'aborde pas volontiers ; les uns le jugeant suranné, trop facile, indigne de leur souci ; les autres, qui ne se contentent pas de ce qui a été dit et de ce qui fait autorité, hésitent à y ajouter quelque chose et le trouvent malaisé.

A traiter de la tuberculose pulmonaire, on est jugé présomptueux par ceux-ci, trop modeste par ceux-là.

A ne considérer que le nombre de ceux pour qui la vue seule d'un tuberculeux dans un service d'hôpital est un épouvantail et les fait courir au lit prochain où se trouve le « malade intéressant », nous ne doutons pas de passer pour modeste.

D'avoir lu les travaux de savants éminents, d'avoir suivi pendant nos études les leçons de maîtres éclairés nous oblige de reconnaître que cette épithète ne saurait nous convenir, et nous préférons prier qu'on pardonne à notre présomption.

Lorsqu'un architecte, après avoir arrêté le plan

d'un monument en a fixé les lignes essentielles, surveillé le principal de l'œuvre, il laisse à des artistes plus modestes le soin de compléter le détail et peu à peu, par ceux-ci, l'ouvrage se parfait. Quelquefois même, il arrive qu'un homme de génie se lève qui, mettant à profit le labeur des maîtres et les artisans qui l'ont précédé dans le temps, arrive à tirer de leurs travaux ce qu'il y a de meilleur et par une synthèse définitive crée le grand œuvre qui personnifie une race et demeure pour l'avenir le monument par quoi s'est caractérisée une époque.

Pour la tuberculose, il ne paraît pas que l'heure soit déjà venue pour que, réunissant en un faisceau tous les efforts obscurs, toutes les connaissances acquises ; déduisant des effets les causes, un homme découvre enfin la racine unique et profonde dont la sève se répand dans les branches multiples étendues depuis longtemps dans la lumière. Trop d'anneaux manquent encore à la chaîne pour que l'on puisse fermer le cercle.

Mais il semble que plutôt que de répéter indéfiniment des notions données pour vraies et tenues pour telles, il importe, se libérant quelque peu des idées admises, de discuter au moins quelques-uns des postulats qui, prononcés du haut de la chaire, finissent par en imposer comme la Vérité.

Lorsque Bayle et Laënnec eurent décrit la granulation grise, lorsque ce dernier surtout eut montré l'identité de nature de celle-ci et du tubercule caséeux, établissant de la sorte l'unicité de la tuberculose quelles qu'en puissent être les formes diverses, on ne fut

jamais plus près des idées actuellement admises, et la conviction de Laënnec entraîna celle de la plupart de ses contemporains.

Mais, non moins grande fut la certitude de tenir la vérité lorsque Broussais combattit la spécificité du tubercule, que Reinhard puis Virchow vinrent affirmer que la tuberculose n'était pour rien dans l'infiltration caséuse et que pour mettre le comble à la division, Empis, soutenant l'inverse des auteurs allemands, vint prétendre que la « granulie » était une maladie spéciale non tuberculeuse ; les lésions caséuses du poumon étant seules de nature spécifique.

Sous l'influence de Grancher, de Thaon, de Charcot, de Malassez, cliniciens ; par les travaux de Langhans, de Koster, de Schuppel, histologistes ; grâce aux expériences de Villemin et à la découverte de Koch, la doctrine de l'unicité des lésions tuberculeuses ne fut plus discutée et la doctrine de Laënnec triompha de nouveau. La lésion typique de l'inflammation provoquée par le bacille de Koch est le follicule tuberculeux.

Mais ceci n'était encore qu'une étape, et voici que maintenant la spécificité du follicule est elle-même contestée. H. Martin a décrit des lésions folliculaires au contact de certaines poudres inertes inoculées ; de mêmes lésions ont été vues dans la morve et la lèpre ; et, fait plus intéressant encore, M. Nicolas a montré la présence de cellules géantes et de formations folliculaires dans la syphilis tertiaire. Il y a plus, et M. Poncet vient d'individualiser une forme de la tuberculose où le follicule (signature histologique) est absent. « La « tuberculose ne peut plus tenir aujourd'hui dans

« l'étroite formule du passé. Le tubercule n'est plus
 « le minimum exigible pour pouvoir en prononcer le
 « nom... A côté des produits spécifiques, prennent
 « place des produits simplement inflammatoires et qui
 « n'en sont pas moins de nature tuberculeuse. »
 (Poncet).

Voici donc en moins d'un siècle par quelles fluctuations, par quelles vicissitudes diverses ont passé les notions que nous pouvons avoir de la tuberculose.

Si cette instabilité est bien faite pour inspirer de la circonspection aux novateurs, en même temps qu'elle doit tempérer les enthousiasmes trop hâtifs, elle est d'un puissant encouragement pour ceux qui désirent apporter une pierre à l'édifice inachevé. En même temps qu'elle leur montre la difficulté de l'entreprise, elle leur est un gage de l'indulgence qui leur est due.

Aussi bien, laissant à d'autres plus autorisés le soin de traiter des formes histologiques de la tuberculose; leur laissant même faire la critique de classifications probablement contestables mais à coup sûr prématurées, puisque l'on en est encore à discuter sur le fond même de la question, *avons-nous simplement pour but d'attirer l'attention sur la localisation de la tuberculose à la base du poumon.*

La localisation primitive au sommet étant un fait d'observation courante, nous prétendons montrer que cette localisation n'est pas en quelque sorte fatale et qu'à exiger de l'infection bacillaire ce critérium on court le risque de méconnaître un processus tuberculeux débutant par la base de l'organe. Erreur d'autant plus regrettable que l'on méconnaît

ainsi la tuberculose à une période où la curabilité en est possible et cela précisément dans une région où la curabilité paraît être une des caractéristiques de cette localisation.

CHAPITRE PREMIER

Des processus tuberculeux et de leur localisation à la base du poumon

Lorsque Laënnec eut fait la description de l'évolution de la tuberculose pulmonaire en ses trois périodes; que Grancher eut ajouté aux phases de crudité, de ramollissement et d'excavation, la période de germination, longtemps les médecins s'en tinrent à ces données classiques. Mais, comme nous allons le dire dans un instant, la description ainsi faite ne peut ni s'adapter à l'évolution de la tuberculose en un point donné du poumon ni à l'évolution totale de la maladie dans l'ensemble de l'organe.

Souvent chez un même malade et quelquefois dans un même poumon, on retrouve d'une façon simultanée des lésions données comme caractéristique de chacune de ces périodes. D'autre part, il s'en faut de beaucoup que certains malades pour arriver à la tuberculose ulcéreuse aient jamais présenté les symptômes donnés comme caractéristiques des périodes que la maladie

eut dû traverser pour arriver à ce dernier stade; d'autres, au contraire, après avoir montré tous les signes que l'on reconnaît à la période de crudité ou même de ramollissement ne sont jamais devenus des tuberculeux cavitaires : « La symptomatologie et le « diagnostic, les caractères d'évolution et de distribution des lésions, la marche et le pronostic de la « maladie, tout concourt à démontrer la polymorphie « étendue de la tuberculose pulmonaire, l'impossibilité « de se contenter d'une description générale univoque, la nécessité d'établir et de préciser de multiples formes cliniques. » (Bard) (1).

Nous ne prétendons pas juger les nombreuses classifications que l'on a proposées de la tuberculose du poumon, notre intention n'est pas davantage d'ajouter une forme nouvelle à celles trop nombreuses déjà décrites. Nous croyons que multiplier ces descriptions est faire œuvre plus méritoire que profitable car, au point de vue didactique, la facilité d'assimilation n'y gagne pas; au point de vue clinique, le malade fait sa maladie à sa manière et se place malaisément dans un cadre confectionné.

Aussi voulons nous simplement attirer l'attention sur quelques cas de tuberculose pulmonaire dont l'évolution clinique nous parût bien spéciale non qu'il ne soit possible de rattacher chacun d'eux en particulier et à un moment donné à l'une des formes déjà connues (nous l'avons d'ailleurs fait pour nous en tenir à la terminologie usitée) mais parce que de ces

(1) BARD : Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire; classification et description sommaire. Genève 1901.

cas s'est dégagée pour nous une notion que nous croyons originale.

Des quelques observations que nous allons citer et que l'on pourrait aisément multiplier avec le temps et la volonté de vérifier notre opinion, il ressort ce fait, que dans certains cas, la tuberculose peut débiter dans le poumon par la base de l'organe ou s'y maintenir prédominante.

Malgré que nous ayons lu de nombreux ouvrages classiques et bon nombre de travaux récents sur la tuberculose, nous n'avons pas vu que les auteurs aient insisté sur cette localisation de la bacillose à son début. L'opinion générale reste bien exprimée par cette phrase : « Tout état anormal dans l'auscultation
« de la partie supérieure du poumon doit faire mettre
« en question l'altération tuberculeuse. » (Beau). De même Laënnec a mis en évidence la progression de haut en bas des lésions tuberculeuses et des constatations fréquentes en établissent le bien fondé : « Très
« souvent on trouve dans le même poumon des preuves
« évidentes de deux ou trois éruptions secondaires
« successives et presque toujours alors, on peut
« remarquer que *l'éruption primitive occupant le*
« *sommet du poumon* est déjà arrivée au degré
« d'excavation; que la seconde, située autour de la
« première et un peu plus bas, est formée par des
« tubercules déjà jaunes au moins pour la plus grande
« partie, mais peu volumineux encore; que la troisième,
« formée de tubercules miliaires crus, avec quelques
« points jaunes au centre, occupe une zone plus
« inférieure. »

La tuberculose débute dans le poumon par le sommet et de là se propage dans le reste de l'organe, telle est la donnée classique telle qu'elle ressort des travaux des auteurs et telle qu'elle est généralement admise (il est bien entendu que nous parlons des formes habituelles et non de quelques types ayant d'autres caractères bien définis, comme la granulie par exemple).

La fameuse loi de Louis (*les tubercules siègent primitivement au sommet et y sont toujours plus anciens qu'à la base*) n'est guère discutée.

Il est juste de dire que quelques uns avaient bien vu que dans la tuberculose pulmonaire il pouvait exister d'autres lésions que celles prédominant au sommet.

Tussau (1) dans la traduction qu'il fit des œuvres de *Fowler* confirme bien que le premier foyer de la phthisie chronique est toujours à l'un des sommets et cela plus près de la face postérieure que de la face antérieure; mais il peut exister un second foyer à deux ou quatre centimètres au-dessous de l'extrémité supérieure du lobe inférieur; un troisième foyer se montre parfois près du sillon interlobaire à égale distance de ses deux extrémités. L'observation clinique et les vérifications anatomiques montrent souvent l'intérêt et l'importance de cette localisation de la tuberculose au sommet du lobe inférieur.

Grancher (2) avait reconnu l'existence des phéno-

(1) TUSSAU. — De la localisation des lésions de la phthisie. (Trad. Tussau 1882.)

2) GRANCHER. — Maladies des voies respiratoires. — Paris 1890.

mènes de base et il fait remarquer que dans les cas douteux ils peuvent venir en aide au diagnostic et même le fixer. Il les attribue tantôt à une congestion, tantôt à une bronchite, tantôt à une pleurésie sèche, quelquefois à toutes ces causes réunies; ce sont des phénomènes péri-tuberculeux, secondaires par conséquent.

Enfin cet auteur à côté de la spléno-pneumonie simple a décrit la spléno-pneumonie tuberculeuse. Sorte de pneumonie mixte à la fois épithéliale et conjonctive, état particulier pouvant accompagner l'éclosion et le développement des tubercules et débutant ordinairement par un lobe inférieur pour gagner le reste du poumon; d'un pronostic relativement favorable mais pouvant aussi aboutir à la caséification.

Fernet (1) en 1899, insista de nouveau sur un syndrome qui porte son nom et au sujet duquel il avait déjà fait une communication en 1878.

Cet auteur décrit trois foyers de lésions : le premier existe au sommet et donne les signes connus; le second siégeant au hile, est l'adénopathie pulmonaire; le troisième enfin se trouve à la base : « A ce niveau, « on constate fréquemment une certaine diminution « de la sonorité à la percussion et quelques râles « sous-crépitaux à l'auscultation. Ces phénomènes « bien que très communs ne sont pas signalés par les « auteurs et on ne les recherche pas, ce qui tient sans « doute à ce que, sachant que les lésions tuberculeuses

(1) FERNET. — De la pneumonie aiguë et de la névrite du pneumogastrique. Pathogénie de la pneumonie (France médicale 1878). — De quelques signes du début de la tuberculose pulmonaire chronique. (Bull. de l'Acad. de méd. 1898.)

« apparaissent d'abord dans le sommet du poumon,
« *on se contente d'examiner avec soin cette région et*
« *l'on néglige l'examen des parties inférieures.* »
(Fernet.)

Voici en somme comment cet auteur comprenait la succession des lésions : *la tuberculose du sommet du poumon est le fait initial*, l'adénopathie trachéo-bronchique lui est directement associée, enfin l'engorgement de la base paraît dépendre de l'adénopathie.

Fernet expliqua d'abord ces phénomènes de base par la compression du pneumogastrique du fait de l'adénopathie et il inspira dans ce sens sa thèse à *Cattet* (1); puis renonçant à cette idée il invoqua la gêne de la circulation lymphatique et la stase consécutive.

Somme toute, nous avons pu voir à la lecture des auteurs que si quelques-uns font mention des phénomènes de base au cours de la tuberculose chronique ordinaire et les expliquent, soit par des congestions pérituberculeuses étroitement sous la dépendance de la lésion principale et initiale siégeant au sommet (à part Grancher pour sa spléno-pneumonie tuberculeuse), soit par d'autres hypothèses assez difficiles à démontrer comme le fait Fernet : la plupart sont muets au sujet des phénomènes de base initiaux.

Puisque, malgré les nombreuses hypothèses avancées par les auteurs pour expliquer la localisation initiale des lésions au sommet du poumon dans l'immense majorité des cas, il ne semble pas que l'on ait la solu-

(1) CATTET. — De quelques symptômes du début de la phtisie pulmonaire. (Thèse de Paris 1879.)

tion satisfaisante, nous ne chercherons pas à expliquer pourquoi dans d'autres cas beaucoup plus rares cette localisation se fait au contraire à la base.

Toutefois, c'est en adoptant les idées de M. Tripier que l'on peut le mieux comprendre ces cas particuliers dont nous allons donner l'analyse et les idées de cet auteur sont d'une telle importance pour la compréhension de ces faits qu'il est indispensable de les citer textuellement.

« Il est incontestable que dans toutes les productions
« tuberculeuses, on peut reconnaître le processus
« inflammatoire qui a probablement pour origine des
« oblitérations vasculaires, comme du reste celui de
« toutes les productions pathologiques dites sponta-
« nées. . . . Certains alvéoles renferment seulement
« de grosses cellules libres plus ou moins altérées,
« tandis que d'autres présentent un plus grand nombre
« de cellules de moindres dimensions, irrégulièrement
« réparties au milieu d'un liquide granuleux où se trou-
« vent parfois des fibrilles fibrineuses tout comme
« dans la pneumonie: *Il s'agit bien là d'un véritable*
« *processus pneumonique plus ou moins étendu*
« *et ordinairement irrégulier*. Sur quelques points les
« cellules peuvent être très confluentes, tandis que sur
« d'autres c'est le liquide granuleux et fibrineux qui
« domine en distendant les alvéoles, où l'on ne remar-
« que qu'un petit nombre de cellules. Dans tous les cas,
« les parois alvéolaires sont infiltrées de nombreuses
« cellules semblables à celles contenues dans les
« alvéoles mais souvent devenues plus ou moins fusi-
« formes. Cette infiltration de l'exsudat existe pareille-

« ment dans les parois bronchiques et jusque dans la
« cavité des bronches avec ou sans persistance de
« l'épithélium de revêtement. Elle est encore très
« manifeste au niveau des espaces interlobulaires qui
« se trouvent ainsi élargis par la présence d'un stroma
« granuleux où l'on voit des cellules ordinairement
« volumineuses et plutôt fusiformes en tout cas sem-
« blables à celles qui infiltrent les autres parties. Enfin
« les mêmes lésions peuvent exister au niveau du tissu
« sous-pleural et de la surface de la plèvre qui pré-
« sentent alors un exsudat, indice de la pleurésie accom-
« pagnant les poussées tuberculeuses des parties cor-
« ticales du poumon. . . . »

L'auteur s'élève contre l'opinion de ceux qui attribuent ces productions pneumoniques à la présence d'infections secondaires, pneumococcique ou streptococcique, ou bien en font des lésions réactionnelles de la présence des tubercules eux-même.

« On ne peut davantage considérer ces inflammations
« seulement comme consécutives à la présence des tuber-
« cules, quoique ceux-ci, surtout lorsqu'ils sont multi-
« ples, doivent certainement contribuer à la produc-
« tion de troubles secondaires de la circulation, de
« même que toute production anormale. Il est à
« remarquer en effet, que dès le début, les productions
« tuberculeuses ne sont pas exactement limitées et ne
« sont jamais constituées par les seuls tubercules ; car
« on n'a jamais trouvé, comme on semble l'admettre,
« des tubercules des méninges et des diverses séreuses
« sans un exsudat dit inflammatoire en plus ou moins
« grande quantité, ni des tubercules des muqueuses et

« des divers parenchymes sans des lésions inflamma-
« toires diffuses plus ou moins abondantes, puisque ce
« sont précisément les éléments exsudés qui vont cons-
« tituer les tubercules..... *On peut voir le plus souvent*
« *qu'il existe des transitions insensibles entre les tu-*
« *bercules et les productions inflammatoires diffuses,*
« *et que, en réalité, il est impossible de les séparer ;*
« *de telle sorte qu'il est impossible d'assigner une*
« *limite exacte à une portion de ces lésions, en les*
« *considérant comme primitives, pour admettre que*
« *les autres sont secondaires.....* Non seulement la
« tuberculose ne se manifeste pas par la seule produc-
« tion des follicules tuberculeux ou tubercules élé-
« mentaires avec plus ou moins de lésions diffuses,
« mais il arrive souvent que les follicules caractéristi-
« ques font défaut même avec d'anciennes produc-
« tions caséuses qui n'ont dès lors pas de caractères
« particuliers, comme on peut le voir notamment sur
« les os et encore sur les ganglions et les différents
« viscères. Il arrive qu'on ne trouve que des lésions
« inflammatoires diffuses..... *Il y a en effet, toutes*
« *probabilités pour que les premières manifestations*
« *tuberculeuses soient caractérisées non par des fol-*
« *licules tuberculeux, mais par des lésions inflam-*
« *matoires, d'abord plus ou moins irrégulières et*
« *mal limitées, qui, atteignant les vaisseaux et déter-*
« *minant des oblitérations, ne tardent pas à donner lieu*
« *à des dégénérescences et nécroses caséuses, ainsi*
« *qu'aux phénomènes d'inflammation scléreuse périphé-*
« *rique qui tendent à limiter les lésions.* » (Tripier) (1).

(1) TRIPIER. — Traité d'anatomie pathologique générale, 1904.

« Les auteurs insistent peu sur ce processus pneumo-
« nique mode d'extension, anatomique ordinaire de la
« tuberculose, ou bien ils l'interprètent autrement. Il
« faut le connaître et savoir le diagnostiquer chez le
« tuberculeux, qu'il emploie ou non le masque de
« l'hémoptisie..... Ce processus pneumonique, que les
« auteurs qualifient souvent de congestions péri-tuber-
« culeuses, peut d'ailleurs se reconnaître même quand
« il ne se traduit par aucune hémoptisie. Chez des
« tuberculeux avérés ou peut, en effet, reconnaître à
« la palpation, à la percussion, à l'auscultation des
« territoires d'engouement ou de pneumonie, qui
« subissent une régression à peu près semblable,
« comme défervescence thermique et résolution, à
« celle de la pneumonie franche, et ceci sans hémop-
« tisie. » (Paviot) (1).

C'est en comprenant de la sorte le mode de développement habituel de la tuberculose pulmonaire que l'on peut juger le mieux les cas que nous l'envisageons. Plusieurs de nos malades ont été observés par nous au début de leurs lésions. A ce stade il s'agissait d'un processus inflammatoire tuberculeux quant à sa nature, se présentant sous des aspects cliniques divers et que nous dûmes rattacher aux syndrômes cliniques connus de *fluxion de poitrine*, de *congestion pulmonaire*, de *pleuro-congestion* de *spléno-pneumonie* et sans qu'il soit aisé de se prononcer de prime abord sur leur évolution possible.

Pourquoi nous a-t-il été donné d'observer la tuberculose sous cette forme à la base du poumon ?

(1) PAVIOT. — Précis de diagnostic médical et de sénéciologie, 1908

La question est difficile à résoudre mais il semble que l'on peut en donner une explication logique.

Est-ce parce que le sommet du poumon paraît être dans de moins bonnes conditions de circulation peut-être, dans de plus mauvaises conditions de ventilation et d'expansion à coup sûr, que la tuberculose y trouve un meilleur terrain d'évolution, et que dans ce cas, elle franchit trop rapidement le stade d'inflammation pneumonique pour y être aisément observée sous cette forme et qu'elle arrive plus rapidement à la formation des tubercules, à leur ramollissement et à l'ulcération, réalisant ainsi, dès le début apparemment, la période dite d'accumulation des tubercules de Laënnec?

Si l'on admet qu'à la base du poumon, les conditions sont précisément différentes, au moins en ce qui concerne la ventilation plus énergique, due aux mouvements d'expansion et de retrait plus étendus dans cette région ; si l'on considère d'autre part, admettant la tuberculose par inhalation, que cette partie doit être moins directement atteinte que la région apicale, l'on peut comprendre, que la base soit moins exposée d'une part, plus apte à se défendre d'autre part que le sommet de l'organe.

Il est donc possible de concevoir d'abord que dans la grande majorité des cas la tuberculose débute bien par le sommet de l'organe, et qu'ensuite il peut résulter, de ce que la tuberculose se trouvant enrayée à la base, elle marque les étapes et qu'il soit plus aisé pour le clinicien de reconnaître en cette région certaine période d'évolution qui passe inaperçue à la partie supérieure.

Faut-il chercher à expliquer que la maladie puisse débiter par la base ou s'y maintenir prédominante ?

Après ce que nous venons de dire tendant à faire voir que le stade d'inflammation répondant au processus pneumonique de nature tuberculeuse, peut être plus aisément décelable à la base qu'au sommet et cela pour les raisons énumérées, il ne nous paraît pas indispensable de chercher l'explication de ce que, contrairement à la règle, la tuberculose puisse débiter par la base.

Ceci est un fait de constatation et de n'en pouvoir déceler la cause n'infirmes en rien son existence.

Toutefois, s'il nous fallait émettre quelques hypothèses à ce sujet, nous ferions les suivantes sous toutes réserves :

Nous avons constaté que chez nos malades, les processus de base se sont montrés uniquement ou d'une façon prédominante du côté droit ; et si nous ne pensons pas que cela doive être d'une façon générale, nous ne croyons pas non plus qu'il s'agisse d'une simple coïncidence ; Woillez avait déjà signalé le fait dans la *congestion pulmonaire*, et d'autre part dans le cancer du poumon toutes les statistiques concordent à indiquer une fréquence notablement plus grande à droite (Reinhard trouve 18 cancers à droite contre 9 à gauche ; Fuchs, 30 à droite pour 19 à gauche). Nous pensons que l'on est en droit, pour expliquer l'inflammation fondamentale de ces processus, d'invoquer la stase due à la déclivité, car d'une façon très générale, les individus préfèrent le décubitus horizontal latéral droit.

Si l'on admet par ailleurs que les bases se défendent mieux que les sommets contre les processus inflammatoires par une meilleure ventilation résultant principalement de leur plus grande expansion, celle-ci étant surtout commandée par le jeu du diaphragme; ne serait-il pas permis d'émettre l'hypothèse que dans certaines conditions où le jeu de ce muscle se trouve limité ou annihilé tout à fait, la base se trouve être à un moment donné dans de moins bonnes conditions que le sommet lui-même et qu'elle peut être surprise par l'infection à ce moment même? Or, les inflammations sous-diaphragmatiques sont fréquentes, et de par les conditions anatomiques, elles se rencontrent surtout du côté droit...

Pour être d'une interprétation difficile quant à la pathogénie, ces faits n'en sont pas d'un diagnostic plus aisé.

A vrai dire, il ne nous paraît pas possible de donner de cette localisation de la tuberculose à la base du poumon une description qui puisse répondre à tous les cas et plutôt que de chercher à les ramener à un type unique, qui ne répondrait pas à ce que l'on observe dans la réalité, nous préférons dire que l'une des caractéristiques de la tuberculose sous cette forme est précisément la variabilité sous laquelle elle se présente.

Si l'on interprète la tuberculose comme un processus inflammatoire, il faut s'attendre à ce que dans la pratique ce processus s'offre à l'observateur sous des aspects divers suivant le moment de son évolution où on l'observe, d'après son intensité et en

raison de la résistance que lui oppose l'organisme envisagé.

Dans ce sens, la clinique se trouve d'accord avec la théorie et nos observations montrent bien ces différentes modalités.

On peut concevoir que le processus inflammatoire se réduise à une exsudation légère, pauvre en éléments cellulaires ; il pourra arriver dans ce cas que l'affection n'attire pas l'attention du médecin peu habitué à dépister la tuberculose sous ces apparences et qu'elle ne suscitera même pas l'inquiétude du malade trop négligent. L'un et l'autre parleront de bronchite ou de grippe et l'évolution fréquente vers la guérison sera peu faite pour les détromper.

Dans d'autres cas, la poussée inflammatoire sera plus sévère, un territoire plus ou moins vaste du poumon se trouvera atteint ; l'exsudation moins fluide comprendra de nombreux éléments cellulaires, les alvéoles et les petites bronches seront envahies et obstruées, des signes physiques nets mais d'une interprétation difficile existeront, l'organisme réagira d'une façon plus intense. Suivant les cas se trouveront réalisés les types cliniques de *congestion pulmonaire*, de *fluxion de poitrine* ou de *pleuro-congestion*. En procédant à l'examen comme on verra qu'il a été fait par la lecture des observations, en fouillant les antécédents héréditaires et personnels, en tenant le plus grand compte de l'habitus et en faisant cet examen avec la conviction que ces modalités sont déjà de nature tuberculeuse, on arrivera à la certitude que la tuberculose basale existe d'une façon

initiale et l'on aura la satisfaction d'agir souvent de manière efficace sur la maladie à cette période ; par contre, si l'évolution se poursuit, l'avenir donnera raison au médecin jugé trop pessimiste.

Dans d'autres cas, il arrive que les exsudats deviennent d'une fixité remarquable, les productions endothéliales et épithéliales surabondantes et plus ou moins déviées de leur type ordinaire acquièrent une densité telle qu'elles ne sont plus mobilisables. Des amas fibrineux se forment, pénétrés par ces cellules petites et rondes ou fusiformes qui infiltrent les travées interalvéolaires, interlobulaires, les parois des bronches et les bronches elles-mêmes, tout le tissu pulmonaire en un mot, ces amas, disons-nous, fixés par ces traînées de cellules qui les pénètrent ne sont plus résorbables. L'hépatisation se trouve constituée, réalisant les types cliniques de *spléno-pneumonie* de Grancher ou de *pneumonie hyperplasique* tuberculeuse.

Nous avons réuni un certain nombre d'observations, toutes originales moins une, où la tuberculose de base se montre sous ces divers aspects cliniques.

Nous avons d'abord songé à les classer suivant le mode évolutif et nous avons distingué : les formes primitives de base et y restant localisées ; les formes primitives de base et lentement ascensionnelles ; les formes prédominant à la base avec signes au sommet ; et enfin les formes migratrices lentes ou curables. Nos observations permettant d'apprécier ces différentes modalités.

Nous avons préféré, pour plus de simplicité et pour nous en tenir à la terminologie en usage, les grouper

sous les rubriques de *congestion pulmonaire*, *fluxion de poitrine*, *pleuro-congestion* et *spléno-pneumonie*, syndromes cliniques connus ; nous réservant de montrer, dans les cas par nous envisagés, que le processus inflammatoire de nature tuberculeuse peut revêtir ces différents types ; et sous ces formes, exister à la base du poumon.

Dans chacun de ces groupes, nous avons classé les observations, lorsque leur nombre nous obligeait à le faire, d'une façon tout artificielle, il est vrai, mais de telle sorte que par progression on arriva, des cas où la nature de l'affection paraissait le moins évidente, à ceux où il ne pouvait exister aucun doute à cet égard. Pour la plupart d'entre elles, la certitude de la nature tuberculeuse nous a été donnée par l'évolution clinique ; pour les autres par l'examen anatomo-pathologique, pour certaines enfin par la découverte de bacilles dans les crachats.

CHAPITRE II

Processus tuberculeux de base répondant au type dit « Congestion pulmonaire. »

Il importe de déplorer le mot *congestion* employé en clinique pour qualifier certains états du poumon, seul organe dont nous ayons à nous occuper ici. En effet, les cliniciens peu versés dans l'histologie peuvent avoir la tendance à considérer que la congestion, c'est-à-dire simple dilatation vasculaire, répond à une entité microscopique, et nous en voulons pour preuve cette autre locution très courante en langage clinique *râles de congestion* ; or la congestion isolée ne se voit pas en histologie pathologique générale. Pour mieux dire, il semble bien que l'on peut observer une congestion mécanique, comme par exemple dans le foie cardiaque pur ; il est même probable que chez les cardiaques on a des épisodes de congestion du poumon purement mécaniques, mais nous savons que les états congestifs mécaniques longtemps prolongés, comme il arrive chez les cardiaques constituent un véritable appel à

l'inflammation, qui s'y montre d'autant plus aisément que la congestion passive entraîne de la diapédèse et celle-ci de l'hyperplasie cellulaire.

Mais les expressions cliniques *congestions du poumon*, *râles de congestion*, ne peuvent être considérées comme caractérisant de la congestion simple et pure.

Il y a en effet déjà dans ces poumons où l'on parle de *congestion pulmonaire*, quelle qu'en soit la variété, il y a dans ces états durables du poumon où l'on entend des râles dits de *congestion* (cardiaques, hypertrophie du cœur, brightiques, etc.) quelque chose de plus que de la congestion simple.

Histologiquement d'abord, ces états d'une certaine durée et que l'on qualifie de *congestion* s'accompagnent toujours d'exsudats alvéolaires non seulement liquides mais plus ou moins riches en cellules et par place même il existe des exsudats fibrineux. Les exsudats alvéolaires dans ces cas-là ne présentent certes pas une richesse cellulaire aussi intense que dans les états vraiment pneumoniques; les cellules sont plus volumineuses, leur protoplasma abondant, leur ressemblance avec l'épithélium alvéolaire plus accusée mais par contre il n'y a pas que dilatation des capillaires des cloisons alvéolaires, il y a bien hyperplasie cellulaire dans les espaces conjonctifs pulmonaires et desquamation suractive des cellules des alvéoles. Bref, il y a déjà le caractère d'un état inflammatoire.

Pour différencier ces cas en langage clinique et faire disparaître l'erreur de pathologie générale que le mot *congestion* peut entraîner, nous proposerions de leur réserver le mot d'*engouement*, en cessant de penser

que l'engouement est toujours le stade précurseur de l'état pneumonique, mais en lui accordant bien la signification d'un état *inflammatoire avec hyperplasie cellulaire plus ou moins accentuée*.

Au point de vue clinique il n'est pas difficile de démontrer que dans ces états qualifiés de *congestion pulmonaire*, l'hyperplasie et la desquamation cellulaires sont intenses et qu'il y a quelque chose de plus que de la congestion. Il suffit en effet d'examiner au microscope par un simple étalement et voire même sans coloration les crachats expulsés par les malades dans ces états que l'on qualifie de *congestion*. Ces crachats gommeux, presque incolores, quelquefois un peu opalins et qu'on a l'habitude de dire crachats muqueux ou gommeux (en y attachant l'idée d'une provenance purement bronchique) ces crachats, disons-nous, montrent au microscope de nombreux éléments cellulaires nucléés; cellules de volume variable, ovales ou rondes; à protoplasma abondant, plus ou moins granuleux, quelquefois à gouttelettes graisseuses, souvent à grains charbonneux, *jamais avec une seule cellule épithéliale cylindrique de provenance bronchique*.

Cette constitution des crachats témoigne bien de la provenance alvéolaire des cellules qui y sont contenues et de la desquamation suractive qui accompagne les prétendues congestions simples.

Enfin, dernier argument clinique; ces états congestifs sont tous fébriles ou subfébriles au moins au début, ce qui vient prouver leur nature inflammatoire.

OBSERVATION I

DIAGNOSTIC

Processus pneumonique de base. — Submatité. — Augmentation des vibrations. — Obscurité respiratoire sans bruits adventices à la base droite. — Rien aux sommets.

Chau. Aimé, 36 ans, vendeur. Entrée : 7 juin 1909 ; sortie : 1^{er} août 1909.

Le malade entre pour un point de côté siégeant à la base droite. Pas d'antécédents héréditaires. Personnellement : Variole à l'âge de sept ans, ayant laissé de nombreuses cicatrices ; à noter que le malade avait été vacciné. Célibataire, nie la syphilis. Ethylique certain, boit deux litres de vin, plus des apéritifs, pituites matinales. Il y a dix ans il aurait eu une pneumonie à la base droite. Depuis lors, assez bonne santé habituelle, ne toussait pas les hivers, n'a jamais craché de sang.

L'affection qui amène le malade à l'hôpital a débuté il y a environ un mois ; il s'est mis à maigrir et à perdre ses forces.

Il y a huit jours, à la suite d'un refroidissement, il eut quelques frissons, se mit à tousser et le lendemain ressentit un point de côté à la base droite. Ce point ne l'a pas quitté depuis lors ; de temps à autre il est un peu oppressé. Il tousse ; l'expectoration est purement muqueuse, non rouillée, très peu abondante.

A l'examen : le malade paraît avoir un assez bon état général, il est peu amaigri. Se plaint surtout de son point de côté.

Aux poumons. — Rien à noter au poulmon gauche si ce n'est de la respiration un peu rude au sommet avec quelques râles et sibilances constants à ce niveau en avant comme en arrière.

Les lésions paraissent surtout cantonnées au poulmon droit ; au sommet, les vibrations sont exagérées, la respiration plus forte, brefs signes d'emphysème vicariant. La base présente de la submatité sur cinq travers de doigt environ ; cette matité tourne un peu dans l'aisselle. Les vibrations persistent au niveau de cette partie mate ; il y règne à l'auscultation une obscurité respiratoire d'autant plus marquée qu'on se rapproche de l'extrême base. Quelques râles sous-crépitaunts dans les inspirations fortes ou après la toux ; pas de pectoriloquie aphone, ni d'égophonie. Pas de murmure vésiculaire.

A la partie moyenne antérieure, de ce même poulmon droit, le murmure respiratoire s'entend bien ; mais il s'y ajoute de nombreux râles sous-crépitaunts surtout inspiratoires mais s'entendant également à l'expiration, râles à bulles assez fines et dont le maximum paraît être un peu au-dessous et en dedans du mamelon. Pas de souffle à ce niveau.

Rien à signaler du côté du cœur.

Au tube digestif : quelques pituites le matin ; pas de gros foie ni de rate.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

La température est de 37° ce matin.

2 juillet. — L'état du malade est allé en s'améliorant ; il n'a guère été possible de le tenir plus d'une huitaine au lit ; au moment de la visite il faut habituellement aller le chercher hors de la salle pour l'examiner.

Son point de côté a disparu ; il signale spontanément quelques sueurs nocturnes ; vers trois heures du soir il a souvent quelque anxiété avec de petits frissons à fleur de peau ; la température prise à ce moment était hier de 37° 8 alors que le matin et le soir elle ne dépasse pas 37° 2 à 37° 5.

Toujours pas d'expectoration. — Dans quelques crachats purement muqueux, difficilement obtenus, il a été impossible de trouver de bacilles de Koch.

Aucune dyspnée. L'examen du poumon droit montre que la matité de base va en s'atténuant, il n'y a plus guère aujourd'hui que de la submatité et cela sur une hauteur de deux à trois travers de doigt. L'obscurité respiratoire a diminué à ce niveau ; on obtient facilement le murmure vésiculaire jusqu'à l'extrême base par la respiration forte. Il y a toujours quelques sibilances à ce niveau comme en avant à la partie moyenne du poumon.

Rien au sommet si ce n'est de la respiration forte de suppléance.

21 juillet. — Le malade sort de l'hôpital complètement guéri ; la sonorité est revenue dans toute la hauteur du poumon, tout bruit adventice a disparu ; le dernier topique appliqué il y a huit jours a complètement dégagé le poumon.

RÉSUMÉ ET ANALYSE

Voici donc un malade chez lequel il est impossible de tirer aucun argument en faveur de la tuberculose du côté de ses ascendants. Au point de vue personnel, les antécédents ne sont pas non plus très favorables à cette hypothèse ; nous n'insistons pas sur la variole qu'il eut à sept ans bien que Landouzy y voie une prédisposition à la bacillose pulmonaire. Retenons simplement la pneumonie qu'il eut il y a dix ans ; la nature de cette pneumonie étant impossible à établir actuellement, nous en tirerons seulement qu'à cette époque, notre malade présentait déjà une susceptibilité particulière de son appareil respiratoire.

Notre homme *est un alcoolique avéré* avec pituites matinales ; nous insisterons ailleurs sur l'alcoolisme en tant que cause prédisposante à la bacillose. Cette notion étant pour nous de première importance.

Quelle a été l'évolution de l'affection ?

Début il y a un mois, sans troubles fonctionnels respiratoires ; simplement de la *perte des forces* et de l'*amaigrissement*. Puis, à la suite d'un refroidissement, cause occasionnelle revenant d'une façon singulière dans toutes nos observations, surviennent huit jours avant l'entrée : *de petits frissons répétés*, de la toux, et le lendemain, point de côté et oppression légère ; l'expectoration était peu abondante et banale. Le tout s'étant installé *d'une façon progressive*, sans aucun fracas, n'ayant à aucun moment obligé à la cessation du travail.

A l'entrée, la lésion est strictement limitée au poumon droit et dans ses deux tiers inférieurs. *Rien au sommet*. A la base droite, submatité allant en augmentant de la pointe de l'omoplate à l'extrême base, mais les *vibrations sont conservées* ; aucun souffle ni pectoriloquie aphone ni égophonie et si le murmure vésiculaire est aboli tout en bas, il est toujours possible de faire éclater des râles sous-crépitants par l'inspiration forte ou par la toux, râles plus nombreux et plus faciles dans l'aiselle et en avant sous le mamelon. Bref, aucun signe d'épanchement ou de pleurite, pas de frottements.

Que pouvait être le diagnostic ? S'agissait-il *d'une pneumonie en résolution* ? Nous ne le croyons absolument pas. Le début a été progressif. Le malade n'ayant

jamais été plus affecté avant son entrée qu'il ne l'était dans le service, où l'on a eu toutes les peines du monde à le tenir au lit pendant les huit jours qui ont suivi son admission. La pneumonie franche chez les adultes ne permet pas la déambulation.

La submatité pulmonaire non plus que les râles n'avaient aucun des caractères de ceux caractérisant l'*œdème actif* ou *passif* du poumon. Les urines n'ont jamais présenté d'albumine (pendant le séjour à l'hôpital). Ajoutons à cela que *le cœur était absolument normal* et qu'il n'y avait jamais eu de décubitus prolongé.

Devait-on penser à une de ces affections décrites sous le nom de *fluxion de poitrine* par l'école de Montpellier ou s'agissait-il de la *maladie de Woillez* ?

Voici la définition que Woillez donne de l'affection qui porte son nom : « La congestion pulmonaire simple idiopathique consiste en une fluxion sanguine aiguë avec fièvre : à *invasion brusque, à terminaison rapide* et s'accompagnant de phénomènes fonctionnels et de signes physiques qui la font diagnostiquer facilement et l'empêchent d'être confondue avec les autres maladies aiguës intra-pulmonaires (1) ». Woillez insiste sur les caractères suivants : *Fièvre éphémère*, puisque les malades entrés à l'hôpital le troisième jour de l'affection n'en présentaient plus. *Le point de côté est constant* ; la douleur, de forme pleurodynamique ou névralgique, provoquée parfois par les mouvements musculaires. *Dyspnée modérée* ou nulle ; il en est *de même de la toux*, ceci constituant pour lui un des caractères de

1. WOILLEZ. Traité des maladies aiguës des voies respiratoires. Paris, 1872.

l'affection. *L'expectoration* variable en quantité (de quelques crachats à 80 gr.) était aqueuse, transparente, grisâtre, formant un liquide de consistance un peu sirupeuse, contenant quelques bulles d'air et très rarement quelques filets de sang pur.

La percussion a donné à Woillez dans un quart des cas une sonorité normale, les autres fois il y avait le plus souvent *tympanisme*, dans le reste des cas, existait de la matité dans la moitié ou les deux tiers inférieurs du poumon.

Notons en passant cette singularité que *onze fois sur quatorze*, l'affection occupait *la base droite*.

À l'auscultation, il trouvait le plus souvent de la diminution du murmure au niveau de la portion envahie avec respiration granuleuse et expiration prolongée au-dessus ; deux caractères du murmure qu'il imputait à la douleur. Nous dirions, nous, qu'il s'agissait de suppléance respiratoire.

Au lieu de la respiration faible qui existait, vingt-sept fois sur cinquante cas, l'auteur a noté d'autres fois des râles sonores sifflants ou ronflants ; dans neuf cas existait du souffle bronchique.

L'expiration était prolongée dans le tiers des cas. *Absence de bronchophonie* dont Woillez fait un caractère différentiel avec la pneumonie. *Une seule fois, il y eut égophonie.*

Les *vibrations thoraciques* étaient peu modifiées par la congestion, le plus souvent *normales* ; jamais augmentées comme dans la pneumonie, elles se montraient même quelquefois manifestement diminuées.

Woillez attache la *plus grande importance à la mensuration thoracique* ; et de fait, par comparaison des tracés cyrtométriques pris au début et à la fin de l'affection il trouvait des différences de plusieurs centimètres.

Mais il faut bien entendre qu'il ne s'agissait pas d'une diminution due à la rétraction secondaire mais bien d'un retour à la dimension primitive. Autrement dit, le thorax étant dilaté par la congestion du poumon, revenait à son périmètre normal cette congestion une fois guérie. Dans un cas (Obs. X) la régression fut de six centimètres en six jours ; dans un autre, représenté d'ailleurs par un graphique, la rétrocession thoracique fut de quatre centimètres et demi entre le dixième et le onzième jour !

Nous avouons que ces énormes différences données par la mensuration à quelques jours de distance et surtout du jour au lendemain dépassent notre entendement. D'autant que Woillez ne dit pas qu'il s'agisse d'une augmentation du périmètre apparent (due par exemple à de l'œdème de la paroi) il s'agit bien pour lui d'une augmentation de la capacité thoracique elle-même.

Il nous paraît impossible de supposer que l'auteur ait fait erreur dans ses mesures, mais d'autre part, comment admettre qu'une congestion pulmonaire telle et survenant d'une façon si brusque n'ait pas, plutôt que de dilater excentriquement une paroi qui de par sa composition et sa forme mêmes doit opposer une grande résistance à toute distension passive, n'ait pas plutôt, disons-nous déplacé les parties molles intrathoraciques autrement délicates et mobiles ?

Or dans aucune de ses observations, on ne trouve noté de déplacement cardiaque; cela paraît extraordinaire étant donné, d'une part, les signes de grande tension intra-pulmonaire dont l'augmentation du périmètre thoracique semblerait être la preuve, et d'autre part ce fait que dans quelques cas, la congestion siégeait précisément du côté gauche. Dans les cas de congestion pulmonaire droite, il n'est pas davantage fait mention d'un abaissement quelconque du foie. — Peut-être s'agissait-il d'une parésie sous-inflammatoire des muscles intercostaux? Hypothèse que Woillez n'a pas envisagée.

Cette question de mensuration mise à part et pour en revenir aux autres signes physiques d'une interprétation plus facile, nous concluerons en citant les mots de Woillez lui-même : — « Ce qu'il ne faut pas perdre « de vue, c'est que les signes d'auscultation peuvent « être *très variés*, plus ou moins rares ou nombreux « suivant les individus. » Et ailleurs il dit : « La multiplicité et la mobilité des signes fournis par l'auscultation sont quelquefois remarquables ».

Nous ajouterons que la percussion ne donne pas de résultats plus concordants puisque dans certains cas il y a submatité et dans d'autres tympanisme.

Bien qu'il n'entre pas dans notre sujet et qu'il ne soit pas de notre compétence d'analyser ou d'interpréter les observations citées par Woillez et sur lesquelles, malgré la variabilité des signes, il a édifié la congestion pulmonaire idiopathique, observations très semblables entre elles et d'où il est difficile de tirer rétrospectivement d'autres conclusions que celles

voulues par l'auteur, qu'il nous soit permis de constater que la conviction de Woillez ne semble pas avoir entraîné celle des cliniciens actuels. Cet auteur semble même avoir pris soin de leur montrer la voie à suivre en créant à côté du type que nous venons de décrire, l'*hémopneumonie*, terme de passage entre la pneumonie banale et la congestion pulmonaire et inversement. . .

Aussi, le diagnostic de congestion pulmonaire idiopathique n'est plus fait; Grasset (1) la considère comme une pneumonie atténuée; d'Espine y a décelé le pneumocoque; Morgan la regarde comme une pneumonie anormale et incomplète.

On nous reprochera sans doute d'avoir insisté bien longuement sur cette question pour en arriver finalement à conclure que notre malade n'était pas atteint de *congestion pulmonaire idiopathique* et qui plus est, que la maladie de Woillez ne semble pas répondre à une entité morbide toujours univoque.

Mais le diagnostic de congestion pulmonaire est fait si souvent par certains médecins que nous tenions à rappeler ce que Woillez entendait par ce mot qui à force d'être employé pour qualifier des états dissemblables semble avoir perdu toute signification. Donner à un état pathologique du poumon le nom de congestion pulmonaire n'offre pas plus de sens que de qualifier de cystite une inflammation de vessie si l'on ne fait pas suivre le mot cystite d'un qualificatif.

Mais il y a plus; si à vrai dire, à la lecture de l'ou-

(1) GRASSET, Leçons de clinique médicale, 1890.

vrage de Woillez, nous ne pouvons pas revendiquer actuellement comme entrant dans les cas qui nous occupent quelques-uns des types par lui décrits, il ne nous semble pas douteux par contre que cet auteur aurait volontiers fait entrer dans son cadre une ou deux de nos observations, car il y a plus de dissemblances entre quelques-uns de ses types comparés entre eux qu'il n'en existe entre certaines de nos observations et quelques-unes des siennes.

D'autre part, le mot de congestion pulmonaire a subi depuis Woillez une telle extension qu'il est certain qu'on a dit être atteints de maladie de Woillez, de nombreux tuberculeux chez lesquels la congestion pulmonaire était non pas idiopathique mais bien spécifique d'une tuberculose plus ou moins discrète.

Telle est notre façon de penser et ceci explique que nous ayons insisté sur ce sujet.

Il est vrai qu'à côté de la forme idiopathique, Woillez a décrit des congestions pulmonaires : dans toutes les maladies aiguës intra-thoraciques, dans les fièvres proprement dites, dans d'autres maladies soit aiguës, soit chroniques ; et même nous relevons cette phrase :
« Cette congestion initiale se rencontre au début de
« nombreuses maladies aiguës ou chroniques. Parmi
« les maladies chroniques, *je me contente de rappeler*
« *la phtisie pulmonaire, qui débute si fréquemment*
« *par l'hyperémie du poumon, avec ou sans hémop-*
« *tysie alors que les signes irrécusables de la tubercu-*
« *lisation ne peuvent être constatés que plus tard.* »

Le malheur est que l'auteur se contente de rappeler ce fait mais n'y insiste nulle part.

Lemoine, Makerel, Duflocq, Hirtz ont décrit une *congestion grippale aiguë* avec splénisation et malité absolue, obscurité respiratoire accompagnée ou non de râles fins avec vibrations exagérées et bronchophonie; *une congestion grippale chronique* laissant à la suite de ses poussées aiguës de l'obscurité respiratoire pouvant faire penser à la tuberculose.

Enfin, on a fait la description de congestions pulmonaires dans de nombreuses maladies infectieuses ou dyscrasiques : fièvre typhoïde, rougeole, rhumatisme, coqueluche, etc... et jusque dans l'hystérie !

Nous ne parlons pas des *congestions pulmonaires avec hémoptysies* soi-disant supplémentaires : ni d'autres congestions dites réflexes.

Outre que la discussion de tous ces faits sortirait du cadre que nous nous sommes imposé, il ne nous semble pas que ces cas méritent de retenir autrement l'attention, soit qu'il s'agisse d'affections de nature absolument indéterminée soit peut-être qu'une discussion plus sévère et un examen plus attentif des faits arrive précisément à démontrer la même nature spécifique et univoque de tous ces processus. Controverse que nous ne voulons pas amorcer faute de faits cliniques sur lesquels nous puissions discuter en connaissance de cause, étant convaincu que jamais un raisonnement si bon puisse-t-il paraître soit capable de remplacer l'examen des malades eux-mêmes.

Mais il est bien certain que si notre malade n'était pas atteint d'une congestion pulmonaire idiopathique,

il n'avait pas davantage de congestion secondaire à la grippe, à la coqueluche, à la rougeole ou à la fièvre typhoïde pas plus que cette congestion n'était réflexe ou supplémentaire.

Fallait-il pour ce malade parler de *fluxion de poitrine*?

Quelques-uns désignent sous ce nom la vulgaire pneumonie; c'est un abus de langage, mais au moins cela a-t-il une signification. D'autres font des diagnostics de fluxion de poitrine comme ils font parfois celui de « grippe », cela n'a aucun sens.

D'autres enfin entendent par là l'affection décrite par les maîtres de Montpellier, Duprè en 1860 et Grasset en 1876 et admise par Dieulafoy. Notre malade n'a jamais présenté aucun des signes donnés comme pathognomoniques.

Dans la fluxion de poitrine, disent les classiques, tous les plans du thorax sont frappés à la fois : bronches, poumons, plèvre et notamment la couche musculaire de la cage thoracique d'où hyperesthésie très vive à la palpation de la paroi. Par la participation de la plèvre, ce processus se rapproche de la congestion pleuro-pulmonaire de Potain que nous aurons à envisager à propos d'un autre malade.

Procédant ainsi par élimination, après avoir écarté la pneumonie en résolution, la congestion pulmonaire primitive ou secondaire, la fluxion de poitrine, l'œdème actif ou passif, nous ne voyons pas d'autres hypothèses que l'on puisse appuyer sur de meilleures raisons que celle de processus pneumonique tuberculeux.

Et nous ne croyons pas que l'on doive nous repro-

cher d'appliquer à notre malade cette phrase de Landouzy à propos de la pleurésie dite primitive : « Tout
« individu ne pouvant fournir de son *processus*
« *inflammatoire subaigu de base*, ni une infection, ni
« une dyscrasie et ne trouvant à invoquer qu'un re-
« froidissement, cet individu est un tuberculeux,
« apparût-il vigoureux, jeune, gros et gras, se déclara-
« t-il bien portant et indemne d'antécédents phy-
« mateux aussi bien personnels qu'héréditaires. »

Le difficile n'est pas de poser un diagnostic de tuberculose pulmonaire que tout confirme. Ce diagnostic est à coup sûr aisé et certain quand il existe des bacilles dans les crachats, des craquements localisés aux sommets depuis longtemps, des symptômes cavitaires ou des signes de déchéance organique ; de phthisie ; en un mot, sur lesquels le public lui-même ne se trompe guère.

Quand tout le monde fait le diagnostic de tuberculose tel qu'on l'entend d'habitude, qui donc sera capable d'instituer un traitement, nous ne disons pas curateur, mais simplement de consolation ?

Notre but est tout autre : nous voulons attirer l'attention sur un mode de début de la bacillose qui diffère sensiblement et par sa localisation et par son évolution des formes habituelles ; envisager ses modalités, faire apprécier l'intérêt qu'il y a pour le médecin et le malade à reconnaître une tuberculose en évolution plus ou moins torpide ou dénaturée là où l'on porte un vague diagnostic de congestion pulmonaire ou de grippe.

Que si l'on objecte la faiblesse des arguments invoqués en faveur de la tuberculose, au sujet de cette

observation, nous répondrons que nous préférons de beaucoup diagnostiquer, à part nous, une bacillose là où elle n'existe pas, et instituer un traitement à la seule période où l'on ait des chances d'enrayer le mal ou même de le juguler tout à fait, que de nous voir revenir au bout de quelques mois ou de quelques années avec une tuberculose ulcérée un malade que nous avons renvoyé à ses affaires ou à ses plaisirs avec un diagnostic réconfortant d'influenza.

Outre ce raisonnement qui a bien, on en conviendra, quelque valeur pratique, nous croyons rendre plus apparente la nature des processus que nous envisageons par la comparaison de nos diverses observations entre elles.

Nous les avons groupées tellement, que par transitions insensibles et en suivant une progression croissante dans les symptômes et dans la gravité ; partant du type le plus atténué possible, on arrive aux formes de plus en plus graves et faisant la preuve de leur nature. Soit qu'elles se soient accompagnées d'hémoptysies, de participation de la plèvre ou d'envahissement consécutif du sommet ; soit qu'elles aient apparu chez des individus à hérédité très chargée ou porteurs de coxalgie, d'adénites cervicales bacillaires ; soit même qu'elles soient arrivées à la phthisie ultime avec caséification étendue.

Toutes ces modalités offrant de nombreux points communs mais aussi pouvant varier en raison de la résistance particulière à chaque individu ; pouvant offrir quelques différences quant à leur évolution ou à leurs symptômes mais ressortissant à la même cause efficiente.

OBSERVATION II

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ

Processus pneumonique torpide et prolongé de la base droite de cause inconnue. — Intervention chirurgicale antérieure (hystérectomie totale). — Séro-diagnostic tuberculeux négatif. — Traitement mercuriel sans résultat. — Température à grandes oscillations. — Rien au sommet. — Anémie grave symptomatique.

Chau. Marie, 33 ans, ourdisseuse, St^e-Blandine, 49.

16 novembre 1908. — Cette malade entre à l'hôpital par ce qu'elle tousse et pour de la faiblesse générale.

Comme antécédents héréditaires, on note : père mort à 60 ans d'affection inconnue ; sa mère est en bonne santé, a 76 ans, mais tousse un peu.

Personnellement, elle a deux enfants bien portants, a eu une fausse couche.

Scarlatine à 8 ans avec otite et dureté d'oreille consécutive. Au mois de janvier 1906, M. Bérard fit une hystérectomie pour une affection utérine caractérisée par des pertes sanglantes durant depuis sept semaines. Depuis l'intervention, les règles ont totalement cessé et l'on retrouve une cicatrice de laparotomie basse.

L'affection actuelle aurait débuté il y a quatre mois par de la toux et de la faiblesse générale ; la mère de notre malade aurait constaté que sa fille *toussait depuis le mois de janvier, c'est-à-dire depuis près d'un an.*

Il y a deux mois que la malade dû s'arrêter de travailler ;

un peu auparavant elle *aurait craché du sang* en toussant surtout après s'être baissée. Cette hémoptysie aurait duré trois jours, les crachats ne contenaient que peu de sang, ils étaient simplement sanguinolents dans leur ensemble. Elle ne peut que difficilement rester couchée sur le côté gauche, cette position provoquant de la toux.

A l'examen de ce jour, on se trouve en présence d'une femme amaigrie, et de fait la malade dit avoir *maigri de 14 kilos* dont de deux en 15 jours.

La toux est surtout fréquente la nuit, l'expectoration est séreuse avec quelques crachats muco-purulents.

Pratiquant l'examen des poumons en arrière, on note que les vibrations vocales sont à peu près normales des deux côtés sauf du côté droit vers la pointe de l'omoplate où elles paraissent un peu exagérées. La sonorité est normale aux deux sommets mais *diminuée à la base droite*. L'auscultation montre que toujours en arrière et à droite la respiration est diminuée au sommet droit ; au niveau de la pointe de l'omoplate droite on perçoit quelques râles inspiratoires inconstants mais certains ; au-dessous, *règne une obscurité notable*. Il n'existe ni souffle, ni pectoriloquie aphone ni égophonie.

Rien à signaler à gauche. A noter qu'il y a trois semaines, la *malade a eu un point de côté à la base droite* ; on retrouve d'ailleurs à ce niveau des traces de teinture d'iode.

L'examen des deux poumons ne donne rien à noter en avant, ni à droite ni à gauche.

Au cœur, la pointe est dans le V^{me} espace, en dedans du mamelon ; les bruits sont normaux et réguliers.

L'abdomen est souple, non douloureux ; le foie déborde un peu les fausses côtes et donne une matité de plus de quatre travers de doigt. La rate donne une matité perceptible d'un bon travers de doigt.

La température est de 38°.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

18 novembre. — On trouve dans le crachoir une expectoration muqueuse aérée sans filets jaunes. A la base du poumon droit sur la ligne axillaire postérieure au tiers moyen et sur sept à huit travers de doigt de hauteur existe une zone de grande obscurité respiratoire mais le silence n'est pas absolu; il n'y a plus de murmure vésiculaire, mais quelques râles humides y apparaissent. Tout autour de cette zone, en dehors, en dedans et au-dessus s'entendent des râles humides sous-crépitants augmentant de volume au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la zone obscure.

Dans le reste du poumon droit on trouve encore quelques bulles isolées, inconstantes et mobiles jusqu'en plein sommet où il n'y a cependant aucun signe de densification.

Du côté gauche, en arrière il n'y a rien à noter dans toute la hauteur, le murmure y est simplement un peu supplémentaire.

En avant sous la clavicule droite on constate un peu de diminution de la respiration mais seulement d'une façon relative et par comparaison avec le côté gauche où la respiration est du type de suppléance.

La malade se plaint d'un point de côté, de faible intensité d'ailleurs, dans l'aisselle droite.

Le foie semble descendre au-dessous des fausses côtes où il donne une sensation de résistance mais sans limite inférieure précise.

La température s'abaisse en escalier depuis l'entrée.

La malade est un peu moins pâle et a bon appétit.

23 novembre. — L'état général ne se modifie pas; la malade reste décolorée. La température tous les soirs dépasse 38°5.

L'expectoration est très spéciale: mousseuse, spumeuse et légèrement rosée dans la masse.

Localement, un nouvel examen ne révèle absolument rien sauf à la base droite où persiste un peu de submatité. Pendant la respiration faible existe une obscurité relative,

car pendant la respiration forcée il est certain que l'air pénètre maintenant partout ; il existe toujours quelques râles sous-crépitaux humides très discrets.

28 novembre. — L'examen bactériologique des crachats n'y révèle pas de bacilles de Koch.

1^{re} décembre. — Malgré la révulsion par des topiques à la base droite ; malgré l'alimentation que l'on s'efforce de pousser, la température tend à s'élever et à faire des oscillations dépassant un degré et ayant atteint une fois 39°.

On trouve en avant du bord antérieur des deux trapèzes une chaîne de petits ganglions.

16 janvier. — On a fait trois piqûres de biiodure sans aucun résultat, ni sur l'état général, ni sur la température.

La malade désespérée de l'insuccès de la thérapeutique demande sa sortie. Elle quitte l'hôpital avec sa pâleur. Les seules constatations positives se réduisent à une submatité de la base droite au niveau de laquelle cependant il n'y a pas de souffle mais des râles sous-crépitaux assez fins dans l'inspiration forcée et après la toux.

Les sommets sont intacts et n'ont pas même de modifications respiratoires quelconques ni en avant, ni en arrière. *La pâleur est restée stationnaire, il n'existe aucun souffle anémique ni au cœur, ni dans les vaisseaux.*

RÉFLEXIONS

Cette malade n'offre rien de particulier comme antécédents héréditaires. Au point de vue personnel, elle fut toujours de santé un peu délicate. L'on ne put avoir aucun renseignement sur l'affection qui nécessita une hystérectomie.

Depuis un an elle toussait mais c'est surtout depuis quatre mois que la toux devint presque continue et que

débutèrent la faiblesse générale et l'amaigrissement considérable qui obligent cette femme à entrer dans le service; quelques crachats sanglants ayant contribué à l'effrayer.

Ce qui attira notre attention tout d'abord, ce fut cette localisation à la base du poumon d'un processus révélé par une submatité intense, une obscurité respiratoire allant en augmentant de la pointe de l'omoplate jusqu'à l'extrême base mais avec quelques râles dans la respiration forte, râles plus gros et éclatant plus facilement à la périphérie de la zone engouée.

Nous fûmes frappés aussi par le haut degré d'anémie qu'elle présentait. Autant il est rare de voir la chlorose se compliquer de tuberculose, autant il est fréquent de voir les deux maladies évoluer simultanément. Nous ne voulons pas dire que dans ce complexe, il fallait attribuer la même importance à chacune des deux parties; il est bien certain qu'il s'agissait de *pseudo-chlorose* et que l'anémie n'était que symptomatique, la maladie causale (ici la tuberculose) réglait l'évolution de l'affection totale et devait diriger le traitement, comme elle dictait le pronostic.

Dans ce cas, il ne s'agissait ni de la maladie de Biermer ou anémie pernicieuse progressive, dite idiopathique, ni d'une chlorose vraie « maladie d'évolution » survenant chez des individus prédisposés par tare « organique ou familiale, surtout spéciale à la femme » ou plutôt à la jeune fille. » (Hayem). •

« Celle-ci ne sera admise que lorsque l'on aura bien « vérifié que ni une tuberculose pulmonaire au début, « ni un rétrécissement mitral, ni l'albuminurie ne sont

« en cause, car l'anémie chronique est un état pathologique fréquent, aussi varié dans ses origines que dans ses expressions symptomatiques » (Paviot).

Or chez notre malade, malgré l'examen le plus soigneux et poursuivi pendant plus de deux mois, il nous fut impossible de trouver d'autre cause à cet état d'anémie que la maladie même qui sur le poumon se traduisait par les signes d'engouement que nous avons dits et nous posâmes le diagnostic de *processus pulmonique torpide et prolongé de la base droite de cause inconnue ; anémie grave symptomatique*, laissant au temps le soin de faire notre expérience à ce sujet.

Les observations qui suivent et qui montrent chez d'autres malades, la cause de ces processus de base identiques de toute façon à celui que nous envisageons vinrent nous éclairer à cet égard.

OBSERVATION III

Synovite à grains riziformes du poignet droit. — Mal de Pott. — Accidents pulmonaires peu graves antérieurs. — Processus pneumonique subaigu non fébrile de la base droite.

Arn. Suz., 48 ans, garde-malade. — Sainte-Blandine, 37. — Entrée : 11 juillet 1908, sortie : 24 août 1908.

Le malade entre à l'hôpital à cause d'une toux opiniâtre durant depuis assez longtemps et accompagnée d'un point marqué du côté droit.

Comme antécédents héréditaires on ne trouve rien de bien net; un frère est mort à 6 mois d'une affection gastro-intestinale. La mère morte cardiaque toussait depuis longtemps. Le père a 45 ans et tousse un peu.

Personnellement : premières règles, à 11 ans; flux assez régulièrement établi depuis l'âge de 12 ans. — Ménopause il y a 8 mois. — Elle est veuve, son mari est mort subitement d'affection inconnue de la malade, il ne fut pas un toussueur. — Ni enfants, ni fausses couches.

A l'âge de 8 ans aurait eu un point de côté qui fut attribué à une pleurésie sèche qui dura 2 ans.

Dit avoir toujours été anémique. A toussé pendant deux ans étant jeune fille; c'est surtout depuis une quinzaine d'années que les phénomènes pulmonaires se sont nettement installés. A cette époque, la maladie a pris, selon son expression, une bronchite chronique qui s'est maintenue avec des rémissions estivales. Durant tous les hivers et

parfois pendant 7 ou 8 mois elle ne cessait de tousser. Parfois crachats sanguinolents, mais jamais d'hémoptysies véritables.

En même temps que la bronchite, apparaissait au niveau du poignet droit une *synovite à grains riziformes* opérée par le professeur Jaboulay. Cette synovite s'est reproduite depuis et dure encore actuellement.

Il y a 5 ans, cette malade se mit à souffrir au niveau de la colonne vertébrale (région dorsale inférieure et région lombaire). Elle fut traitée de nouveau par le professeur Jaboulay et l'on porta le diagnostic *de mal de Pott*. Des phénomènes paralytiques ou parétiques se montrèrent au niveau des membres inférieurs nécessitant l'alitement continu. Il y eut de la diminution de la sensibilité des membres inférieurs mais pas de troubles sphinctériens.

Tout cela dura 4 an. Des applications répétées de pointes de feu furent pratiquées au niveau de la colonne vertébrale et les phénomènes cessèrent.

Cette année, vers le 7 juin, la malade aurait pris froid, éprouvé un point de côté au niveau de la base droite ; parfois des points douloureux étaient perçus des deux côtés de la poitrine, puis elle se mit à tousser ; la toux quinteuse provoqua quelques vomissements.

Dans les premiers jours de l'invasion il n'y eut pas de frisson solennel mais une série de frissonnements répétés. Depuis, amaigrissement et modification de l'état général.

À l'entrée dans le service, le point de côté persiste, très net au niveau de la base droite.

Toux. — Expectoration muco-purulente assez abondante.

L'examen des poumons pratiqué à ce moment révèle les signes suivants :

Du côté droit, en arrière et surtout à la base on constate de la matité, de l'augmentation des vibrations vocales comparativement au côté opposé. La voix et la toux y résonnent fortement, il existe de la pectoriloquie aphone. Pendant l'inspiration, on est frappé de l'existence d'un véri-

table crissement, décharge de râles sous-crépitanls extrêmement serrés en concomitance avec une respiration nettement soufflante. Souffle à timbre élevé siégeant au-dessus de la matité.

En arrière: au sommet, rien d'anormal. Les râles perçus à la base allant en se perdant de bas en haut et disparaissant au niveau de la partie moyenne. En avant il existe quelques râles sous-crépitanls disséminés.

Du côté gauche, la percussion donne une sonorité beaucoup plus marquée qu'à droite; à l'extrême base il existe quelques râles semblables à ceux notés à droite mais très disséminés. Dans le reste de la hauteur de ce poumon il n'y a rien de particulier à signaler soit en avant, soit en arrière; la respiration y est forte, légèrement sonore, du type supplémentaire et sans bruits surajoutés.

L'examen du cœur ne montre rien de particulier.

Le foie n'est pas gros. Il n'existe pas de matité splénique.

L'examen du tube digestif montre que la langue est saburrale; il existe de la constipation. L'appétit est diminué, les digestions sont parfois difficiles et lentes. Souvent les quintes de toux provoquent le vomissement.

L'exploration de l'abdomen est négative.

L'inspection de la colonne vertébrale ne révèle pas de gibbosité. La pression des apophyses épineuses au niveau des régions cervicale et dorsale supérieure est douloureuse de même qu'à la région lombaire.

Au niveau des membres inférieurs on constate des craquements articulaires très nets dans les deux genoux. Sensibilité et mobilité normales. Les réflexes rotuliens sont nettement exagérés.

Sur le dos du pied gauche, on constate une petite saillie nodulaire de consistance rénitente paraissant indépendante des tendons. La malade en est atteinte depuis le jeune âge et l'attribue au port de chaussures mal faites. Elle souffre d'ailleurs toujours au niveau de ce pied gauche. Il n'existe pas d'effondrement de la voûte plantaire.

Au niveau du poignet droit il existe une tuméfaction bilobée grosse comme deux petites noix et on perçoit là une crépitation spéciale assez faible, intermittente mais indéniable.

Les urines ne contiennent pas d'albumine, la température oscille entre 37° et 37°5.

20 juillet 1908. — Un topique appliqué à la base droite a sensiblement fait diminuer l'expectoration et la toux. Cependant la base droite qui n'a plus de zone obscure présente encore dans le 1/3 inférieur des râles crépitants et humides. Le souffle siégeant au-dessus est plus difficile à trouver, pour l'obtenir il est nécessaire d'avoir recours à la toux et à la pectoriloquie aphone.

La malade présente très manifestement l'hypochondre droit douloureux ainsi que la moitié droite de l'abdomen avec troubles gastriques. Ces douleurs sont très anciennes, antérieures aux accidents de la base droite, réveillées par les efforts et la toux.

12 août 1908. — Le malade, sans température, présente aujourd'hui une résolution très manifeste de son processus inflammatoire de la base droite. C'est-à-dire qu'il reste encore sur 4 ou 5 travers de doigts des râles sous-crépitaux humides mais le souffle qui existait dans l'omoplate a disparu et ne reparait pas par la toux. il n'y a d'ailleurs plus de pectoriloquie aphone. Pendant la durée de l'affection, la température avait oscillé entre 37° et 37°8.

RÉSUMÉ ET ANALYSE

Nous analyserons d'un peu près l'observation de cette malade parce qu'elle nous paraît bien typique et propre à nous laisser tirer des déductions intéressantes l'hypothèse que nous avons posée de la nature tuber-

culeuse des processus de base par nous envisagés et qu'elle nous permettra de passer par un raisonnement logique de ces cas déjà étudiés où la nature tuberculeuse du processus n'était pas évidente et d'autres qui ont entraîné notre conviction.

De par ses antécédents personnels et du fait de certains accidents actuels, nous ne parlons pas ici de son affection pulmonaire, notre malade est une tuberculeuse certaine.

Cette femme aurait eu une *pleurésie sèche* à l'âge de huit ans, mais nous sommes trop pourvus d'autres incidents plus caractéristiques et d'un diagnostic plus certain pour retenir ce fait. Depuis plus de quinze ans, notre malade est une tousseuse; elle ne passe pas d'hiver sans prendre une « bronchite », selon son expression; seul le retour du printemps l'en débarrasse.

Il convient d'insister sur ce point parce que nous y attachons une importance des plus réelles et aussi en raison de ce que certains auteurs, et non des moindres, ne veulent pas reconnaître la valeur de ces « rhumes » réitérés. Voici l'opinion de Grancher : « Les sujets « aptes à s'enrhumer facilement pendant l'hiver sont-ils des tuberculeux d'abord et ensuite sont-ils des « prédisposés à la tuberculose? La même réponse « négative convient à ces deux questions. Les arthritiques, avec leur mobilité vaso-motrice sous l'influence du froid; les lymphatiques, avec le peu de « résistance de leurs muqueuses à l'infection septique, forment le contingent de ces malades; les « professionnels exposés aux poussières étant mis à

« part (1). » Nous accordons volontiers que tous les sujets atteints de « rhume » d'une façon actuelle ne sont pas tous des tuberculeux. Mais que les sujets contractant des rhumes *d'une façon habituelle* ne soient pas des prédisposés à la tuberculose est une tout autre question.

De dire que les arthritiques, que les lymphatiques forment la meilleure part des sujets atteints de bronchites à répétition n'est pas une preuve que ces sujets dits arthritiques, dits lymphatiques ne soient pas précisément des tuberculeux; c'est ce qu'il aurait fallu démontrer. Il plairait d'abord de savoir bien exactement ce qu'est l'arthritisme; le lymphatisme mériterait aussi une définition. Or, actuellement, les diathèses sont bien près d'être démembrées; Poncet n'a-t-il pas montré, et avec quelle insistance, que de nombreux arthritiques ne sont que des rhumatisants par tuberculose? Grancher lui-même n'a-t-il pas fait apprécier la valeur diagnostic précoce des micropolyadénopathies quant à la tuberculose. A la vérité il n'y a pas grande différence à faire entre un lymphatique et un scrofuleux et il n'y en a plus entre un scrofuleux et un tuberculeux (ceci à un point de vue absolu évidemment, et le terme de lymphatique étant pris dans le sens où le prend Grancher).

Nous ne voulons pas passer pour alarmistes à l'extrême, et il est bien entendu que nous ne comprenons pas par le mot « rhume » le coryza vulgaire accompagné d'une légère laryngite, le tout cédant en quel-

(1) GRANCHER-BARBIER, in Trait. de Méd. Brouardel-Gilbert.

ques jours. (Là est cependant la véritable signification de ce mot). Prise dans cette acception, l'affection n'attire pas notre attention, les malades n'y attachant pas d'importance plus qu'il ne convient. Mais quand un sujet contracte des « rhumes » tous les hivers et qu'il en garde un souvenir assez durable pour le rappeler au bout de quinze ans, on doit attacher à ce terme le sens de trachéo-broncho-alvéolite à répétition, tout l'appareil respiratoire participant à l'inflammation et l'affection durant non plus une semaine, mais toute une saison.

Notre malade présentait des « rhumes » de cette sorte. De par l'expérience clinique nous avons le droit de juger suspectes et dangereuses quant à l'avenir ces broncho-alvéolites ; de par l'évolution consécutive et les accidents qui suivirent nous pouvons affirmer que ces « rhumes » ont réellement une valeur diagnostique.

Mais voici que sur ces entrefaites (il y a quinze ans) est apparue sur le poignet droit une tuméfaction qui fut opérée par M. Jaboulay : c'était une *synovite à grains riziformes*, synovite qui s'est reproduite et existe encore aujourd'hui.

Il y a cinq ans, c'est-à-dire dix ans après l'apparition de la synovite, notre malade se mit à souffrir au niveau de la colonne vertébrale. Étant allée consulter de nouveau M. Jaboulay, celui-ci diagnostiqua un *mal de Pott* : l'alerte fut assez sévère pour nécessiter un traitement durant toute une année et se traduire par des phénomènes de paralysie ou de parésie des membres inférieurs ; d'ailleurs, actuellement encore la percussion des apophyses épineuses des régions cervicale.

dorsale supérieure et lombaire est douloureusement perçue et les réflexes rotuliens sont notablement exagérés.

Enfin, cette femme si chargée de tuberculose, nous arrive au mois de juillet de 1909, malade déjà depuis quatre semaines, avec de petits frissons répétés, un point de côté à la base droite, une toux émétisante, de l'amaigrissement et les signes physiques que l'on sait.

Ignorant les antécédents pathologiques de cette malade (ce qui est le cas fréquent); laissant passer inaperçues la douleur rachidienne et la synovite à grains riziformes, nous aurions dû, pour arriver au diagnostic de l'affection actuelle, pratiquant comme dans les observations précédentes, procéder par élimination, repasser par tous les raisonnements déjà faits, étudier à fond les signes physiques et le mode de réaction fonctionnelle pour arriver, non sans peine, à un diagnostic que l'on eût peut-être qualifié d'hypothétique.

Il est de bonne règle en clinique, lorsqu'on a la fortune de mettre la main sur un fil conducteur solide, de l'accompagner dans tous ses détours et de ne l'abandonner qu'après l'avoir suivi jusqu'au bout ayant reconnu tous les recoins du dédale où il peut conduire. Lorsqu'en chirurgie, pour prendre un exemple, on se trouve en présence d'une arthrite au diagnostic différentiel difficile; que les symptômes actuels ne permettent pas de déceler l'étiologie de l'affection et que le malade parle incidemment d'une blennorrhagie contractée peu avant, la tâche du chirurgien se trouve du coup simplifiée d'une façon singulière.

Admettons un instant, que cette malade se soit pré-

sentée à nous avec une synovite de nature non encore déterminée; avec des douleurs rachidiennes à la pression des apophyses épineuses, douleurs accompagnées de phénomènes sensitifs ou dynamiques du côté des membres inférieurs indiquant une lésion médullaire et que cette malade auscultée ait été reconnue être une tuberculeuse pulmonaire. On ne nous aurait guère pardonné de ne pas faire le diagnostic étiologique de la synovite et de l'affection rachidienne.

Que nous renversions les termes de la proposition et nous nous trouverons précisément en face du cas envisagé.

Voici une malade atteinte d'une pneumopathie dont le diagnostic est à poser, or cette malade a une synovite à grains riziformes non encore guérie ; elle a eu un mal de Pott, deux affections dont la nature n'est pas discutable. Nous ne nous pardonnerions pas de ne pas faire le diagnostic étiologique du processus pulmonaire, et l'on serait mal venu à ne pas trouver bon dans ce cas le raisonnement que l'on nous eu reproché de n'avoir pas fait si la succession des accidents avait été inverse.

Aussi bien, le cas de cette malade était intéressant en lui-même et démonstratif puisque la tuberculose l'avait marquée de sa griffe dès longtemps, mais il comportait surtout un enseignement dont nous tirâmes parti et dont on appréciera la valeur.

Cette femme aurait pu en effet n'avoir jamais été atteinte ni de synovite à grains riziformes ni de mal de Pott, elle aurait pu avoir joui jusqu'alors d'une santé suffisante et être entrée à l'hôpital ne présen-

tant qu'un *processus de base identique à ceux étudiés dans les observations précédentes et ne portant pas de signature.*

Aurions-nous dû pour cette malade ne pas diagnostiquer la nature tuberculeuse du processus ?

Certainement non, car ni la synovite ni le mal de Pott, tout en étant d'un appui sérieux, n'étaient *nécessaires* ; ils n'ont pas été la cause de l'affection pulmonaire non plus que l'affection pulmonaire ne fut la cause de la synovite ou du mal de Pott, mais tous ces processus ressortissaient d'une même cause première, la tuberculose, cause efficiente.

Donc, de ce que nous n'ayons pu trouver chez les malades précédents d'autres signes de bacillose que le processus pneumonique de base, on ne peut conclure que ce processus n'était pas tuberculeux ; nous avons même le droit de dire qu'il l'était, puisque ce même processus existait chez une femme atteinte d'une tuberculose avérée et à localisations multiples et qu'il s'y présentait avec les mêmes allures cliniques.

OBSERVATION IV

PREMIER SÉJOUR

Engouement pneumonique peu dense de la base droite. — Sclérose tuberculeuse diffuse du sommet droit. — Rhumatisme tuberculeux.

G. M., 52 ans, ménagère. — Salle Sainte-Blandine.
— Entrée : 14 août 1907; Sortie : 25 août 1907.

Deux de ses sœurs, d'un autre père que le sien, sont mortes de la poitrine. Son père est mort alcoolique.

Personnellement, elle a eu à l'âge de *quinze ans une bronchite qui dura plusieurs mois; depuis elle s'enrhumait d'une façon constante les hivers.*

L'année dernière, *nouvelle bronchite grave avec hémoptysies,*

Pas d'autres maladies infectieuses d'où puisse relever le rhumatisme articulaire aigu pour lequel la malade entre en traitement.

Il y a six jours, des douleurs articulaires débutèrent dans le poignet gauche, la malade les négligea les attribuant à de la fatigue. Le lendemain, les deux genoux se prenaient à la fois et la malade fut immobilisée.

A l'entrée, on constate une hydarthrose double des genoux avec prédominance du côté droit; les douleurs spontanées et provoquées sont vives; la fluctuation d'un cul-de-sac à l'autre, le choc rotulien sont obtenus facilement. La tension du liquide n'est pas très grande; suffisante pour effacer les méplats articulaires, elle n'arrive pas à mettre la jambe en flexion sur la cuisse. Cette hydarthrose n'offre

rien de spécial à noter, la peau est chaude à son niveau, mais ni rouge, ni érythémateuse.

C'est la première attaque de rhumatisme dont la malade ait eu à souffrir.

A l'examen des poumons on note :

Du côté droit au sommet et en arrière : submatité, résistance au doigt, pectoriloquie-aphone sans éclat de la toux ni de la voix, pas de râles. En avant : obscurité respiratoire manifeste avec vibrations un peu fortes, sans bruits adventices.

A gauche, respiration de suppléance nette surtout au sommet.

Dans toute la hauteur des poumons en arrière il existe des râles assez fins, non déplacés par la toux et ne semblant pas dûs au décubitus car ils persistent la malade étant assise depuis longtemps. Peut-être s'agit-il de frottements pleuraux ; d'ailleurs la malade a de fréquents points de côté. Les bases sonnent bien. *Presque pas d'expectoration.*

La pointe du cœur est dans le V^e, en dedans de la ligne mamellonnaire, les battements sont bien frappés et réguliers à 108. Il existe au niveau de la pointe un léger souffle systolique ou méso-systolique s'éteignant sur place. (Inorganique).

La température était de 39° 2 le soir à l'arrivée.

Les urines sont claires et ne contiennent ni sucre ni albumine.

19 août 1907. — Sous la clavicule droite, il subsiste de la résistance au doigt, de la submatité, de l'augmentation des vibrations, de l'expiration bronchique lointaine ; le murmure est un peu voilé mais sans râles. En arrière, il y a également de l'augmentation des vibrations, de la submatité et de la résistance au doigt. *A la base, au fur et à mesure que l'on descend, les râles deviennent de moins en moins nombreux et à l'extrême bas, limitée par une ligne passant par l'angle de l'omoplate, on a une zone de*

submatité plus intense avec grande obscurité respiratoire.

A la partie moyenne du poumon gauche, toujours de nombreux râles bulleux.

La température garde des irrégularités mais est au-dessous de 38°.

L'expectoration a un caractère très particulier en flocons de coton mouillé.

25 août 1907. — La malade sort, un peu brusquement à notre gré.

DEUXIÈME SÉJOUR

Bacillose pulmonaire très discrète du sommet droit avec localisation prédominante à la base droite.

Entré le 30 septembre 1909. Sorti le 31 janvier 1910.

Depuis sa sortie de l'hôpital, la malade a été oppressée et a toussé l'hiver. Elle n'a pas eu d'hémoptysie et pouvait continuer son travail.

Depuis le mois de février de cette année, c'est-à-dire depuis six mois, elle se trouve plus fatiguée, la toux est plus fréquente ; d'autre part elle maigrit, perd ses forces et doit abandonner son travail.

Actuellement, on se trouve en présence d'une femme amaigrie, toussant beaucoup avec une expectoration peu abondante.

Aux poumons : *en arrière*, il existe de la submatité du sommet droit avec augmentation des vibrations. Les deux bases ne sonnent pas très bien. A l'auscultation on note : au sommet droit, de l'obscurité du murmure, de l'expiration soufflante avec sibilances fines, peu de retentissement de la toux, pectoriloquie aphone, sans râles humides.

Dans la partie supérieure de la fosse sous-épineuse, on entend bien la respiration.

Plus bas, l'obscurité reparait de nouveau ; en outre, on note une nappe de râles humides inspiratoires à grosses bulles qui s'entendent à partir de la pointe de l'omoplate, dans le creux axillaire, jusqu'à l'extrême base.

A gauche, au sommet, signes de suppléance respiratoire ; à la base, sont les mêmes râles humides qu'à droite, mais ils remontent moins haut et sont moins abondants.

Nulle part il n'y a de foyer de souffle.

En avant : la respiration est bonne à gauche. A droite, obscurité dans les fosses sus et sous-claviculaires ; quelques râles humides ; plus bas, respiration normale.

Au *cœur*, il n'y a rien à noter.

Anorexie, pas de vomissements.

Le foie et la rate ne sont pas gros.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. — Température : 38° 6.

8 octobre. — *Aujourd'hui, on fait un examen des bacilles dans les crachats ; cet examen est positif.* — La température tend à s'abaisser depuis deux jours seulement. Objectivement, il reste toujours de gros râles humides à éclat un peu métallique à la base droite, prenant presque le caractère de gargouillements sur la ligne axillaire postérieure. Ils ne tournent pas dans l'aisselle et n'occupent guère que le tiers inférieur du poumon.

Au sommet droit, dans les fosses sus-claviculaires et sus-épinéuse il y a de l'expiration soufflante, de la diminution du murmure et des râles humides discrets, mobiles, sans éclat.

A gauche au sommet : respiration de suppléance surtout en avant. En arrière, à la base, quelques bulles humides disséminées et mobiles.

15 octobre. — La malade est nettement mieux depuis trois jours, la température s'est abaissée et a passé au-dessous de 38°.

Cette amélioration s'est produite cinq jours après l'application d'un topique à la base droite.

Il subsiste dans l'espace interscapulaire droit et dans la fosse sous-épineuse de l'expiration bronchique, et à la base droite il y a toujours sur cinq travers de doigt, entre la colonne et la ligne axillaire postérieure une nappe de râles de gros volume, humides, exclusivement inspiratoires.

L'expectoration a diminué; elle est toujours nummulaire et d'une blancheur particulière.

Sous la clavicule droite, sans diminution du murmure il y a quelques bulles humides.

3 novembre. — La malade ressent depuis quatre jours, une douleur à foyers symétriques dans l'espace interscapulaire, en même temps, la température qui depuis quelques jours était au-dessous de 37° 5 reprend lentement des oscillations plus grandes et s'élève au-dessus de 38° le soir. L'expectoration augmente.

Aujourd'hui, on peut noter comme fait nouveau que des râles sous-crépitaux humides ont envahi la partie moyenne du poumon droit et que l'extrême base droite est devenue peut-être plus obscure. Les gros râles un peu métalliques du tiers inférieur persistent. Mais, fait plus important, des râles disséminés, assez mobiles sont apparus dans la région pectorale droite jusqu'au niveau des seins mais prédominant, à la partie externe autour du moignon de l'épaule.

Rien à gauche.

4 novembre. — Une recherche de bacilles pratiquée ce matin est négative. L'expectoration se compose toujours de gros crachats qui sont blancs et ont encore l'aspect de flocons de coton mouillé.

L'examen microscopique sans coloration montre de grosses cellules orales qui ont bien deux ou trois fois le volume de globules blancs et qui paraissent plus ou moins chargées de granulations graisseuses. Un de ces crachats agité au fond d'un tube à essai avec du bleu de méthylène, on voit que la plupart de ces cellules orales ont encore un noyau parfaitement colorable. Celles dont le noyau reste pâle sont l'exception sur l'étalement.

En même temps que l'on colore les noyaux, on met en vue une atmosphère protoplasmique abondante, et le caractère épithéloïde de ces cellules devient évident. Dans ce protoplasma, les fines gouttelettes graisseuses (colorables par l'acide osmique) sont plus ou moins abondantes.

Sur ces crachats, l'albumino-réaction est on ne peut plus évidente.

1^{er} Décembre. — Les râles humides disséminés dans la région pectorale droite ont disparu ; à l'extrémité interne de la fosse sus-claviculaire droite sont apparus des craquements humides que l'on entend encore sur la tête de la clavicule, tandis que dans la partie postéro-externe de la fosse sus-claviculaire il n'y a plus que des bulles humides et sans éclat. Toutefois, toute la région pectorale droite est relativement obscure par rapport à la région gauche où la respiration est manifestement supplémentaire.

Des bulles humides, disséminées, peu éclatantes s'entendent encore dans la fosse sus-épineuse droite, puis après une zone de respiration normale, à la partie moyenne de ce poumon, reprennent les signes précédemment notés à la base. Mais dans l'espace interscapulaire droit il y a un peu de respiration bronchique.

La moitié supérieure du poumon gauche respire bien et un peu supplémentairement en arrière comme en avant ; *par contre dans la moitié inférieure, on commence à voir apparaître à la partie moyenne des bruits qui sont en ra et vient ou bien inspiratoires et expiratoires, sans qu'on puisse se prononcer. Cependant il se pourrait bien que ce fussent des frottements car on les perçoit très légèrement à la main et les râles entendus ne paraissent pas assez volumineux pour ébranler la paroi.*

Toutefois au-dessous de cette zone, en pleine base par conséquent, il semble bien que quelques râles se mêlent à ces frottements.

8 décembre. — Les deux topiques mis au-dessus et au-

dessous de la clavicule droite auraient, au dire de la malade, calmé la toux et diminué l'expectoration, cependant celle-ci reste légèrement nummulaire et jaune blanchâtre. Les râles humides que l'on entendait au-dessus et au-dessous de la clavicule ont véritablement diminué. Mais à la base droite sur la ligne scapulaire, s'étendant vers la colonne et sous l'aisselle, est toujours un foyer de gros râles à éclat métallique.

Toujours quelques bulles humides, discrètes *à la base gauche*.

5 Janvier 1910. — Des alternatives de diarrhée et de constipation se sont installées qui ne sont influencées ni par le régime ni par la médication. L'expectoration reste composée de gros crachats blancs, comme un peu floconneux.

Le tiers inférieur du *poumon droit* offre toujours de gros râles humides un peu éclatants. *A la partie interne de la fosse sus-épineuse gauche, est une expiration soufflante à timbre creux sans râles ni gargouillements.*

En avant, sous la clavicule droite, dans les deux premiers espaces sont des râles humides discrets sans abolition du murmure; au-dessous apparaît une respiration supplémentaire.

Au-dessus de cette clavicule il y a aussi de grosses bulles humides sans retentissement de la voix et sans diminution notable du murmure.

Sous la clavicule gauche, la respiration est supplémentaire.

En somme, les manifestations pulmonaires sont stationnaires voire même en rétrocession.

31 Janvier. — La malade quitte l'hôpital pour aller s'occuper de ses intérêts; elle part gardant aux poumons les manifestations notées au dernier examen, se déclarant cependant plus alerte et en meilleure santé, cherchant à s'illusionner sur sa maigreur et sa cachexie commençante.

DISCUSSION

Cette malade dont nous vîmes évoluer l'affection pendant deux ans et demi est intéressante à plus d'un point de vue et montre bien l'enchaînement par lequel la *tuberculose pulmonaire d'abord prédominante aux bases* envahit lentement le sommet et le reste du poumon ; elle met en évidence l'évolution par poussées pneumoniques successives, les périodes de rémissions pendant lesquelles l'affection reste stationnaire subissant même des rétrocessions manifestes ; elle fait voir de plus les effets excellents de la révulsion sur ces processus inflammatoires.

Cette malade entra une première fois à l'hôpital, il y a trois ans, pour une poussée rhumatismale. Il ne s'agissait certainement pas d'un rhumatisme articulaire aigu idiopathique. Il nous sembla dès lors que cette affection rhumatoïde devait avoir un substratum qui à première vue n'était pas évident.

L'affection pour avoir eu un début assez brusque n'offrait pas le caractère d'acuité qui caractérise cette forme. Et si les deux genoux furent pris, aucune autre articulation ne fut atteinte ; la fluxion assez douloureuse n'avait pas cependant ce type de phlegmasie très aiguë qui caractérise la poussée franche. La douleur n'était pas intolérable, la chaleur à peine sensible, la tuméfaction se trouvait peu tendue ; il n'y avait pas de rougeur locale ; c'était enfin la première attaque dont la malade ait eu à souffrir.

Mais, et c'est ici l'intérêt, il existait une localisation

pulmonaire prédominant à la base et nous aurions pu, admettant le rhumatisme aigu, dire avec les classiques qu'il s'agissait de *congestion pulmonaire rhumatismale*.

« Le signe physique, souvent le premier constaté, est une diminution de sonorité à l'une des régions pulmonaires, soit dans une base, soit, et cela fréquemment, à l'un des sommets, sous la clavicule ou dans l'une des fosses sus-épineuses. Cette localisation au sommet de la matité ou de la submatité, si manifeste que, quand nous l'observâmes la première fois, elle nous donna l'idée d'induration tuberculeuse, cette localisation est remarquable ; elle est presque spéciale à la congestion rhumatismale, car la congestion hypostatique et cardiaque débute toujours dans les régions déclives. » (Bernheim).

Cette phrase fut écrite en 1877 ; certes, il nous serait difficile de caractériser en de meilleurs termes ce que nous observâmes chez notre malade. Mais peu à peu, le rhumatisme idiopathique fut démembré ; le rhumatisme subaigu infectieux empiéta de plus en plus sur le type primitif et il sera bientôt permis de se demander si le rhumatisme articulaire aigu franc existe bien en tant qu'entité morbide. « Toutes les maladies infectieuses, dit M. Bouchard, peuvent présenter parmi leurs manifestations contingentes des déterminations articulaires absolument distinctes du vrai rhumatisme et relevant de l'infection générale de l'économie. »

Il est vrai que M. Bouchard n'entendait pas parler de la tuberculose. M. Poncet a comblé cette lacune.

Notre malade avait bien une poussée de rhumatisme subaigu avec pneumopathie, mais la pneumopathie fut la cause, ou plutôt, elle relevait d'une même cause efficiente; elle ne fut pas un effet. Il y avait tuberculose, il y eut rhumatisme tuberculeux en même temps qu'il y eut tuberculose pulmonaire.

Cette femme, de par ses antécédents, était déjà fort suspecte au point de vue bacillaire : un père alcoolique; deux sœurs avec lesquelles les chances de contagions ne durent pas manquer, mortes phthisiques. Elle-même, eut dans l'adolescence une bronchite grave de plusieurs mois, des rhumes répétés tous les hivers; enfin il y a trois ans, des hémoptysies se montrèrent. Il semble bien que c'est à ce processus hémorragipare que l'on doit faire remonter le début *clinique* de l'affection qui aurait commencé ainsi un an avant l'admission dans le service (premier séjour); à l'heure actuelle, la maladie serait vieille de quatre ans.

Lors de notre premier examen, le *poumon droit seul était atteint par le processus*.

Il y avait au sommet, en avant comme en arrière, de la submatité, de la résistance au doigt, de l'augmentation des vibrations; la respiration y était un peu diminuée; quelques râles diffus, mobiles à la partie moyenne en arrière, devenant de plus en plus rares à mesure que l'on descendait et enfin à l'extrême base régnaient une submatité et une obscurité respiratoire des plus manifestes. C'était un type de *tuberculose bi-polaire* (sclérose du sommet et engouement pneumonique de la base), et dans l'état actuel, il nous était impossible de dire si l'inflammation tuberculeuse avait

débuté par le sommet comme à l'ordinaire, ou par la base comme plus rarement. Aussi n'aurions-nous pas cité cette observation si l'évolution de la maladie ne nous avait montré la tuberculose devenir très *prédominante à la base droite et débiter du côté gauche par la base du poulmon*.

Nous n'aurons pas à discuter la spécificité tuberculeuse de l'affection puisque notre malade eut des hémoptysies et que ses crachats révélèrent de nombreux bacilles de Koch (et ce fait est d'un précieux secours pour démontrer la nature de certains de ces processus où l'une et l'autre de ces preuves faisaient défaut, mais où les signes physiques étaient identiques).

Lors du second séjour de notre malade, l'observation prise soigneusement révéla tout d'abord que la lésion du sommet constatée deux ans auparavant n'avait pas progressé d'une manière sensible ; il s'agissait d'une sclérose tuberculeuse plus ou moins éteinte répondant à la tuberculeuse abortive de Bard.

Par contre, à la partie postérieure de ce même poulmon, régnaient une submatité et une obscurité d'autant plus manifestes qu'on se rapprochait davantage de l'extrême base. Et si la partie moyenne fut à un moment en état d'intégrité presque complète par rapport à la base et au sommet, on y vit apparaître, en même temps que se montrait un point douloureux interscapulaire, que la température s'élevait en oscillant plus largement, une nappe de râles sous-crépitaux humides et de la respiration bronchique.

C'est cet état d'engouement qui, insuffisant ici pour

comblent les alvéoles d'exsudats et les annuler momentanément au point de vue respiratoire, avait à la base produit cette submatité intense; et densifiant le parenchyme autour de quelques points respirant encore, mais engoués, donnait cette grande obscurité respiratoire et revêtait les râles (assez rares) de cette apparence gargouillée et de ce timbre métallique qui pouvait en imposer pour l'existence de cavités ulcéreuses.

Puis le processus inflammatoire remontant de la base au sommet, après avoir atteint la partie moyenne du poumon (d'abord indemne) envahit bientôt le lobe supérieur et des râles disséminés et mobiles apparurent dans la région pectorale droite, entourant le moignon de l'épaule.

Mais sous l'influence du repos au lit, de l'alimentation meilleure, et surtout grâce à une vésication répétée, la circulation se maintint bonne dans les territoires engoués, les exsudats furent balayés et si la respiration n'y revint pas avec la pureté désirable, du moins la caséification fut évitée et le temps gagné ne dut pas être perdu pour le procès de réaction sclérosante.

L'examen suivi du poumon droit nous révéla la marche ascensionnelle du processus de base. Mais plus intéressante encore pour nous fut l'étude du poumon opposé.

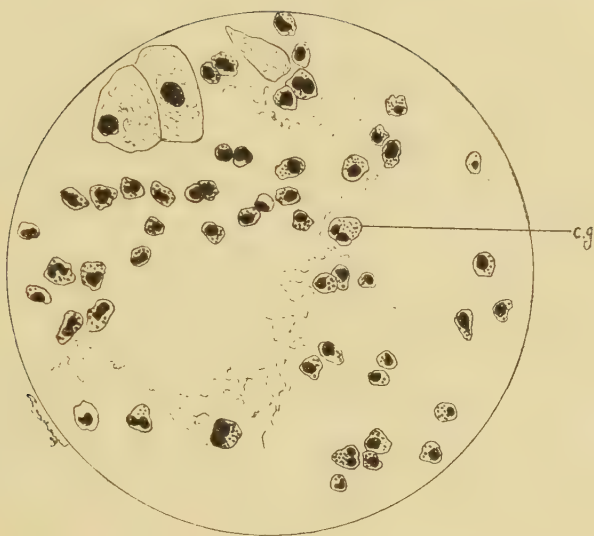
Pendant que l'affection évoluait du côté droit, ainsi que nous l'avons décrit, *le poumon gauche se révélait indemne*, et sauf quelques râles rares, mobiles et sans signification nette, il était même en état de suppléance respiratoire certaine.

Mais, et ceci deux ans et demi après que nous vîmes cette malade pour la première fois, ce poumon se prit à son tour et ce fut par *un processus de base que la tuberculose y débuta*.

Alors que la moitié supérieure était le siège d'un emphysème de compensation, on vit apparaître dans la moitié inférieure des bruits qui pouvaient être soit des frottements, soit des râles sans que l'on pût se prononcer d'une façon certaine. Sans doute s'agissait-il de ces deux phénomènes réunis réalisant les *crépitations sous-pleurales*, de Bouillaud, ou les *frottements râles*, de Damoiseau, et ressortissant à l'inflammation du poumon et de la plèvre sus-jacente.

Quoi qu'il en soit, le processus était saisi sur le fait ; nous le vîmes évoluer pendant une quinzaine, envahir une grande partie du poumon, puis disparaître à peu près complètement sous la vésication. Mais il n'en persista pas moins dans la fosse sus-épineuse gauche une expiration soufflante à timbre creux indiquant que si l'inflammation était éteinte il n'en persistait pas moins une sclérose définitive.

Que, dans quelque temps, et cela arrivera, un médecin, n'ayant pas eu comme nous la fortune d'assister à l'évolution de la maladie, soit appelé à donner son avis ; il diagnostiquera (les lésions de droite mises à part) *induration* ou *scléroses diffuses* du sommet gauche, *tuberculose débutant* ou *ayant débuté* par le sommet (suivant son éducation anatomo-clinique) et ce sera une erreur, bien excusable il est vrai, puisque *la tuberculose ayant débuté par la base et y ayant guéri* ne laissa sa griffe que sur le sommet.



CRACHAT. — Cellules granuleuses, avec granulations graisseuses, colorables par l'acide osmique et à noyaux colorables.
c g, cellule granulo-graisse.

(Malade de l'Observation IV.)

OBSERVATION V

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ

Entrée avec hémoptysies abondantes. — Signes de tuberculose aux deux sommets et à la base droite : ces derniers résolus sous l'application des topiques. Même résolution facile des poussées du sommet droit sous la même influence.

L. F., 28 ans, guimprière, née à Vintimille. — Sainte-Blandine, 48. (Service du Dr Paviot). — Entrée le 26 mai 1909.

La malade entre à l'hôpital pour des hémoptysies.

Antécédents héréditaires : père mort bronchitique. Mère morte de cancer. Trois sœurs et un frère vivants et bien portants.

Au point de vue personnel : étant enfant a présenté des *adénites cervicales* et conjonctivite persistante traitée par des cautérisations et l'épilement.

Réglée à douze ans d'une façon régulière. Mariée, mari mort *phthisique*, un enfant mort à un mois et demi d'affection inconnue de la malade.

Ne toussait pas d'habitude.

Est tombée malade il y a six mois, c'est-à-dire au mois de décembre 1908. Début par des troubles digestifs ; indigestions, vomissements, coliques ; puis elle s'est mise à tousser et n'a pas cessé depuis. A beaucoup maigri, a perdu l'appétit et ses forces.

Il y a huit jours, la malade a eu une *hémoptysie* d'un quart de verre de sang. Le lendemain elle expectorait en-

core trois quarts de verre de sang. Depuis, l'hémoptysie a continué jusqu'à ce jour.

A l'entrée : La malade est pâle, amaigrie et a encore des hémoptysies. On note des adénites cervicales très nettes. La toux est fréquente, l'expectoration est purulente, assez abondante.

Aux poumons : *En arrière* : Du côté droit : Il existe de la submatité au sommet et de l'augmentation des vibrations ; de plus, le murmure respiratoire est diminué à l'inspiration et l'expiration est à timbre soufflant, quelques craquements éclatants après la toux et pectoriloquie aphone.

Du côté gauche : Dans la fosse sus-épineuse on a de la matité et de l'augmentation des vibrations ; de plus, souffle inspiratoire et expiratoire de timbre tubo-creux avec retentissement de la toux, pectoriloquie aphone et quelques craquements humides peu serrés. Dans la fosse sous-épineuse et dans le reste de la base la respiration s'entend. Il faut noter en outre des râles humides assez gros qui s'entendent soit à l'extrême base soit dans la région axillaire.

En avant : Les signes sont beaucoup plus atténués. La respiration s'entend des deux côtés, mais plus intense et plus rude du côté gauche avec expiration un peu soufflante.

L'examen du cœur ne révèle rien de spécial. L'abdomen est légèrement douloureux à la pression forte.

Pas de gros foie ; la rate n'est pas décelable.

Rien au système nerveux.

La petite lèvre gauche est oedémateuse, légèrement douloureuse depuis deux jours.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. La température est aujourd'hui à 39°.

2 juin 1909. — L'hémotysie est terminée en tant que sang rutilant, mais les crachats sont encore rouge saumon.

9 juin. — Il faut remarquer un ganglion gros, dur dans la région carotidienne droite.

Au sommet gauche en arrière, où a été appliqué un

topique, l'expiration est encore soufflante, mais tous les bruits adventices ont disparu.

A droite : Submatité dans la fosse sus-épineuse et craquements humides à la fin de l'inspiration s'étendant un peu le long de la colonne jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate. Les bases n'offrent rien à noter ni à droite, ni à gauche.

Dans les aisselles et en avant respiration du type supplémentaire.

D'ailleurs ceci est en rapport avec une température qui s'est abaissée en lysis et en huit jours est redescendue au-dessous de 37°, mais qui semble en désaccord avec une expectoration abondante, franchement purulente et un peu nummulaire.

11 juin. — Depuis trois nuits, à 6 heures du matin, la malade est prise de frissons et depuis trois jours la température remonte de façon continue et sans rémission (39° 8 ce matin). Mais on ne trouve rien de notable à l'auscultation.

12 juin. — Ce soir, à la contre-visite, on trouve un foyer de souffle tubaire à la base droite avec râles sous-crépitants abondants et la malade se plaint d'un point de côté à ce niveau.

16 juin. — Le souffle a disparu. Près de la colonne, à la base droite, sont des bulles humides assez confluentes, mais en se dirigeant vers l'aisselle sur la ligne axillaire postérieure, on trouve de l'obscurité respiratoire avec absence de râles, les vibrations sont augmentées et il existe une matité accentuée.

29 juin. — La recherche des bacilles de Koch dans les crachats est négative.

30 juin. — La base droite est complètement dépouillée de râles. Le murmure est revenu à peu près complètement et intact des deux côtés ; en arrière et même en avant, il est actuellement impossible soit au-dessus soit au-dessous des clavicules de percevoir un seul râle. Cependant il reste encore dans le crachoir quelques filets purulents.

Depuis onze jours il n'y a plus de température.

23 juillet. — La malade reprend de temps en temps un peu d'expectoration verdâtre, il y a même aujourd'hui un crachat légèrement rouge. La fosse sus-épineuse droite à sa partie interne reste moins sonore, plus résistante au doigt que la gauche et on y perçoit quelques râles humides un peu retentissants et de l'expiration prolongée.

28 juillet. — L'auscultation de la fosse sus-épineuse droite est très modifiée, le murmure respiratoire s'entend bien, les râles humides un peu éclatants ont disparu; il y a encore quelques sibilances dans le creux sus-claviculaire droit.

L'expectoration est à nouveau arrêtée. La malade étant apyrétique et se trouvant très améliorée demande sa sortie.

Il est entendu qu'elle ira se refaire à la campagne et s'appliquera d'autorité un topique en cas de nouvelle rechute.

RÉSUMÉ ET ANALYSE

Nous faisons suivre cette observation de quelques commentaires en raison de la résolution facile, au moins d'une façon immédiate, de la poussée de tuberculose sous l'influence du traitement approprié; et aussi parce que dans ce cas, en même temps que se fit une localisation à la base droite, les deux sommets montraient des signes caractérisés d'induration tuberculeuse.

Le père de notre malade est mort « bronchitique. » Elle-même étant enfant, eut des adénités cervicales, de la conjonctivite et une blépharite assez rebelle pour avoir été traitée par des cautérisations et l'épilement (il dut s'agir d'impétigo-rodens); en un mot, elle fut

une *scropeuse*; d'ailleurs actuellement encore, on retrouve quelques ganglions cervicaux; un plus gros dans la région carotidienne droite.

Son *mari* est mort *phthisique*.

L'affection actuelle a débuté six mois avant l'entrée dans le service par des troubles digestifs, une hypofonction neuro-motrice de l'estomac se traduisant par des digestions pénibles, des vomissements faciles. Puis apparut de la toux; dès lors la malade perdit complètement l'appétit, maigrit beaucoup, fut prise d'une grande faiblesse.

Huit jours avant l'entrée, *hémoptysie* de la valeur d'un quart de verre.

Au moment de l'admission, on constate que l'hémoptysie dure encore; le sang expectoré est rouge, rutilant, sans mélange; l'examen du cœur, le montre normal comme volume et il n'existe aucun souffle à aucun foyer.

Les deux sommets donnent des signes typiques d'induration pulmonaire: submatité, augmentation des vibrations, éclat de la voix, murmure affaibli, expiration soufflante, pectoriloquie-aphone et il existe quelques craquements après la toux. Ces signes prédominant en arrière. Dans le reste du poumon, quelques râles assez gros, disséminés sans ordre et d'us sans doute à l'hémoptysie.

Sous l'influence d'un topique et au bout d'une quinzaine de jours, le sommet gauche a recouvré à peu près toute sa perméabilité. Le sommet droit (sur lequel n'a pas encore été fait de vésication) présente toujours de la submatité et des craquements. *Les bases*

sont nettes. La température est descendue en lysis de 39° à 37°.

Mais voici que de nouveau, la malade est prise de frissons répétés; la température dépasse encore une fois 39°5; et le lendemain, existe un *point de côté à la base droite avec souffle tubaire et râles sous-crépita*nts. Quatre jours après, le souffle a disparu ainsi que les râles; l'air ne parvient plus dans cette partie du poumon où on trouve *une matité accentuée avec de l'augmentation des vibrations*.

Enfin, six semaines après cet incident, sous l'influence de topiques répétés et malgré une nouvelle petite poussée au sommet droit, la température s'abaisse progressivement à la normale; l'expectoration verdâtre et parfois émaillée de rouge se tarit tout à fait; le murmure reparait tant à la base qu'aux deux sommets; les craquements ont disparu, et la malade quitte le service dans un état assez satisfaisant pour nous faire craindre qu'elle perde trop tôt le souvenir d'un accident qui marque une étape dans son existence.

Bien que l'objet de ce travail soit avant tout d'attirer l'attention sur la tuberculose pulmonaire débutant par la base ou prédominant sur elle, nous avons cependant tenu à citer cette observation.

Ce cas de poussée tuberculeuse basale survenant au cours d'une bacillose commençante des sommets présente, en effet, de l'intérêt au point de vue de la démonstration de la nature de ces processus de base. Car, si dans d'autres observations, nous avons dû, pour arriver à faire cette preuve, faire appel aux anté-

cédents bacillaires des malades, ou invoquer les accidents tuberculeux siégeant sur d'autres organes, ici nous trouvons en même temps qu'une tuberculose caractérisée des sommets, une inflammation de base dont il est impossible de mettre en doute la nature en raison des phénomènes qui se montraient ailleurs sur le poumon.

Somme toute, il s'agissait d'une tuberculose du type dit *bipolaire*. Ces cas sont connus, et si certains auteurs les expliquent par des théories hasardées (troubles dus à la compression du pneumogastrique par des ganglions, par exemple), ces faits n'en sont pas moins fréquemment observés en clinique et personne ne met en doute leur cause efficiente si l'on discute sur leurs causes secondes.

Mais que l'on veuille bien noter que le processus, dans le cas qui nous occupe, et dont la nature ne saurait être mise en doute, ne *différait aucunement par les signes cliniques* de ceux relatés dans les observations précédentes et dont la nature était difficile à mettre en évidence précisément parce qu'ils étaient initiaux ou trop prédominants.

OBSERVATION VI

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Engouement persistant de la base droite. — Obscurité diffuse à toute la partie postérieure du poumon droit.

J. O., 46 ans, manœuvre. Salle St-Irénée, n° 30. — Entrée le 9 janvier 1909. Sortie le 20 janvier 1909.

9 janvier 1909. — Le malade est envoyé dans le service par un médecin pour une pleurésie droite.

On note comme antécédents héréditaires : père mort jeune d'affection indéterminée ; mère morte à 67 ans d'une affection inconnue du malade. Un frère et une sœur sont bien portants.

Personnellement ; il fut bien portant pendant l'enfance, il n'eut à sa connaissance, ni fièvres éruptives, ni rhumatisme. En somme, il jouissait d'une bonne santé habituelle.

Né à Mulhouse, il ne fut pas incorporé.

Marié à 45 ans, sa femme est bien portante et n'eut jamais de fausses couches. Pas de maladies vénériennes. Il boit un litre de vin par jour, pas d'apéritifs ni de liqueurs.

L'affection qui amène le malade à l'hôpital a débuté après un coup de froid par des frissons, un point de côté à droite avec maux de tête, toux et une expectoration mousseuse aérée. L'oppression alla en augmentant, perte de l'appétit. Le malade a néanmoins pu continuer son travail pendant quelques jours (3 semaines environ). A la Noël, il fut obligé de s'aliter car le point de côté était très intense et la douleur l'empêchait de vaquer à ses occupations, dit-il.

Sa température n'ayant pas été prise, il lui est impossible d'affirmer avoir eu de la fièvre.

A l'examen, au moment de son admission à la salle St-Irénée, on constate les signes suivants.

Les poumons auscultés montrent :

En avant et à droite : obscurité respiratoire, sans abolition des vibrations. Expiration un peu soufflante ; au niveau de la scissure interlobaire quelques râles sous-crépitaux dans l'expiration.

Toujours dans le même poumon mais en arrière : submatité très prononcée de la base et de toute la partie moyenne. Pas d'œgophonie ni de pectoriloque aphone ; les vibrations vocales persistent jusqu'à l'extrême base. Il n'existe pas de souffle mais une grande obscurité respiratoire avec quelques râles sous-crépitaux surtout réveillés par la toux. L'examen du *poumon gauche* ne montre rien de spécial à noter.

L'examen du cœur ne décèle rien de notable si ce n'est que les bruits paraissent un peu lointains.

Au point de vue fonctionnel, les signes sont très atténués, la dyspnée est nulle ; le point de côté de la base droite a disparu depuis hier. La toux, l'expectoration sont peu marquées : les crachats très rares n'offrent rien de spécial.

L'abdomen est souple, les digestions sont bonnes, il n'existe pas de troubles intestinaux.

Kyste de l'épididyme du côté gauche. Traces de vésicatoires sur les deux genoux ; le malade y aurait eu des rhumatismes pendant la huitaine de jours qui précéda son entrée à l'hôpital.

La température était de 37°5 à l'entrée.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

14 janvier 1909. — La température a présenté 48 heures après une application de topique une élévation au-delà de 38° puis elle est descendue en lysis ; elle est à 37° ce matin ; le malade se sent bien.

La douleur de l'aisselle droite a disparu, mais il persiste

toujours une submatité très prononcée, avec obscurité très manifeste de la moitié inférieure du poumon droit en arrière avec bulles humides dans l'aisselle.

Rien vers les sommets ni en arrière ni en avant ; mais à droite, les râles humides de l'aisselle viennent se propager dans les espaces intercostaux au-dessous du mamelon droit.

On peut noter au-devant du lobule de l'oreille droite une cicatrice gaufrée survenue à la suite d'une tuméfaction qui, au dire du malade, se serait ouverte spontanément il y a deux mois.

C'est surtout depuis ces deux mois qu'il a perdu ses forces et l'appétit.

12 février (c'est-à-dire environ un mois après son admission) le malade demandant à sortir, nous constatons les symptômes suivants :

Le point de côté a disparu, la température est devenue normale avec élévation d'à peine quelques dixièmes le soir.

Les troubles fonctionnels sont presque nuls au repos, il n'existe aucune dyspnée, le malade affirme n'en avoir pas davantage après un exercice modéré.

La percussion, l'auscultation montrent le poumon gauche absolument normal sauf qu'il y existe au sommet surtout de la respiration forte du type emphysémateux ressortissant de l'hyperactivité fonctionnelle de suppléance.

Du côté droit, on constate :

En arrière : au sommet, la percussion pratiquée comparativement au côté opposé permet de constater une résistance au doigt très nette et une diminution manifeste de la sonorité. L'auscultation ne décelez aucun signe d'induration pulmonaire à ce niveau. Le murmure vésiculaire est plutôt affaibli ; l'expiration est un peu soufflante mais il est impossible d'y déceler des craquements. Pas d'éclat de la voix ni de la toux.

La percussion pratiquée du sommet à la base montre

qu'au sommet comme nous l'avons noté la sonorité est diminuée puis augmente pour devenir maxima un peu au-dessus de la partie moyenne de l'omoplate pour diminuer de nouveau progressivement et devenir submatité intense depuis deux travers de doigts au-dessus de la pointe de l'omoplate jusqu'à la base.

Donc, dans toute la partie postérieure du poumon droit sauf au sommet et à la partie toute supérieure de la portion moyenne, il existe une submatité assez intense pour avoir fait porter par un médecin le diagnostic de pleurésie avec épanchement.

Mais il n'existe pas de souffle, pas de pectoriloquie aphone, pas d'œgophonie et d'autre part les vibrations sont conservées, sans exagération toutefois, jusqu'à l'extrême base. La respiration quoique très affaiblie est perçue d'ailleurs jusqu'à ce niveau.

Dans toute cette portion submate, il existe d'assez nombreux râles sous-crépitants surtout inspiratoires très peu éclatants; ces râles tournent dans l'aisselle où ils deviennent maxima à la partie moyenne de cette région et s'entendent jusqu'à la partie antérieure du poumon à la même hauteur.

A la partie antérieure de ce même poumon, l'auscultation révèle aux portions moyenne et inférieure les râles déjà signalés. A noter qu'au sommet il n'existe aucun signe d'induration. Pas de craquements nets même à l'extrême sommet et après la toux, la respiration y paraît seulement un peu diminuée.

20 janvier. — Le malade tenant absolument à sortir, on note :

Le malade tient à sortir malgré les conseils qu'on lui donne. Il garde à la base droite une grande obscurité qui remonte presque jusqu'à la partie moyenne avec submatité, persistance des vibrations sans exagération. Au niveau de la zone obscure qui tourne à la partie inférieure de l'aisselle s'entendent des râles humides, discrets et disséminés

devenant plus nombreux à la partie supérieure de la zone obscure.

A la base gauche, respiration de suppléance très accentuée.

Le reste du poumon droit d'ailleurs, *jusque dans la fosse sus-épineuse*, est manifestement plus obscur que le poumon gauche.

Respiration normale dans la fosse sous-claviculaire droite. Au-dessus des deux clavicules, la respiration est supplémentaire. La température est normale.

DISCUSSION

Voici donc un malade qui nous arrive avec un diagnostic de pleurésie et qui n'a en fait de signes d'un épanchement que de la submatité et de l'obscurité respiratoire.

A un examen plus approfondi et fait dans un autre milieu, il nous fut aisé d'éliminer la pleurésie. Nous ne voulons pas énumérer les symptômes de cette affection, ils sont trop connus; nous nous bornerons à faire ressortir les signes qui font le diagnostic différentiel entre la matité pleurale et la matité pulmonaire.

Pour que la matité thoracique soit admise comme signe d'un épanchement, elle doit satisfaire à certaines conditions et se montrer accompagnée d'autres signes qui lui donnent toute sa valeur.

Lorsque le poumon est libre d'adhérences; qu'il a sa densité spécifique normale, il surnage l'épanchement et n'a pas de tendance à s'immerger en refoulant le liquide autour de lui. Et s'il est vrai de dire que

dans des conditions contraires, il faille 2 à 3 centimètres de liquide autour du poumon pour donner de la matité, par contre, dans les cas les plus fréquents de pleurésie séro-fibrineuse avec poumon normal, ou du moins tenu pour tel, l'épanchement est tout entier collecté aux parties déclives et refoule le poumon sans le noyer.

Dans de telles conditions, il existe dans l'hémithorax deux zones bien distinctes ; l'une occupée par le liquide, l'autre par le poumon. C'est dans ces cas types que doivent être étudiés les signes physiques de la pleurésie.

Au niveau de l'épanchement, la matité est absolue : c'est la matité de bois. Les vibrations vocales sont abolies d'une façon complète, ce signe ayant d'autant plus de valeur si les vibrations sont perçues en un point symétrique sur le poumon opposé. L'auscultation montre que le murmure respiratoire manque absolument ; dans toute la région mate, règne un grand silence qui n'est troublé ni par le murmure vésiculaire, ni par un râle ; c'est le silence d'une région inhabitée. Enfin, la sensation de flot perçue soit à une, soit à deux mains, la fluctuation vibratoire de M. Tripier, apportent la certitude en rendant palpable en quelque sorte le liquide que l'on pourra voir à l'examen radioscopique. Cet examen direct rendant plus certain le déplacement du cœur ou l'abaissement du foie que l'on avait pu présumer.

A la limite supérieure de l'épanchement, les signes sont différents, le poumon révélant sa présence et pouvant laisser apprécier son état d'intégrité plus ou

moins relative, ou montrant des lésions dont la nature peut être précieuse à connaître pour le diagnostic étiologique de l'épanchement.

Le souffle pleurétique doux, voilé, lointain du début coïncidant avec l'œgophonie, ou le souffle tubaire fort et rude se montrant avec la broncho-œgophonie; la pectoriloquie aphone de Bacelli, tous signes et d'autres encore plus ou moins constants plus ou moins spécifiques, se montrant soit isolés, soit groupés, mais faisant rarement défaut tous ensemble; l'absence habituelle d'expectoration, le point de côté initial viennent parfaire la symptomatologie et aider au diagnostic.

La lecture de l'observation a fait voir que sauf la submatité, l'obscurité respiratoire, et le point de côté, rien chez notre malade n'autorisait le diagnostic de pleurésie; tout légitimait au contraire celui de densification du poumon.

Il existait bien un défaut de sonorité à la percussion, mais il s'agissait d'une *submatité allant en augmentant d'une façon progressive à mesure que l'on se rapprochait de l'extrême base*; en aucun point il n'y avait de matité absolue.

Au niveau des parties les moins sonores, les *vibrations vocales étaient conservées* d'une façon indéniable; signe de la plus haute valeur. Autre fait d'une importance capitale: dans la respiration forte et après la toux il existait, même à l'extrême base, quelques *râles sous crépitants*; un peu plus haut, à la respiration calme, les râles éclataient très nombreux et dans la zone submate entière le murmure vésiculaire persis-

tait quoique très affaibli ; nulle part, il n'y avait de silence absolu.

Bref, il était certain que le poumon n'était pas refoulé ; qu'il occupait bien sa place normale et reposait sur la coupole diaphragmatique ; il était non moins sûr qu'il ne s'agissait pas d'un poumon densifié et plongeant. Nous n'insisterons pas ici sur la symptomatologie des pleuro-pneumonies, cette question devant être traitée plus loin.

Le diagnostic de pleurésie éliminé et celui de densification pulmonaire prédominant à la base admis, il nous fallait dégager la nature du processus. La considération des symptômes fonctionnels et l'analyse des signes fournis par le reste du poumon, le sommet notamment, qui se révéla inférieure à la tâche qui lui était faite, nous y aidèrent puissamment.

A propos d'une observation précédente, nous avons longuement insisté sur la maladie de Woillez ou congestion pulmonaire idiopathique, sur les congestions pulmonaires secondaires, sur la fluxion de poitrine, la pneumonie en résolution et montre que le malade dont il était question ne présentait les symptômes d'aucune de ces affections. Mais le cas qui nous occupe actuellement est exactement superposable à celui du malade précédent ; le processus ayant été simplement plus accentué et d'une localisation moins étroite. Aussi userons-nous à son égard du même raisonnement et lui appliquerons nous les mêmes conclusions.

Toutefois nous devons noter que l'atteinte fut plus sévère, et si dans notre première observation, la base

seule fut le siège du processus, le reste du poumon étant cliniquement sain et le sommet notamment remplissant bien son rôle de suppléance, ici au contraire le processus inflammatoire très dominant il est vrai à l'extrême base fit en quelque sorte tache d'huile sur le reste de l'organe ; le sommet qui, absolument sain, eût dû être le siège d'un emphysème vicariant, se montrait en état d'insuffisante perméabilité. On y notait en effet de la submatité avec résistance au doigt et la respiration y était moins forte qu'en un point symétrique à gauche ; bien qu'il fût impossible d'y déceler des craquements et quoique la respiration n'y présentât pas d'anomalie absolument typique, il n'en est pas moins que nous augurons mal pour l'avenir de cette partie du poumon, qui nous paraît être en imminence morbide.

Nous avons aussi été frappés de la discordance qui existait entre les signes physiques donnés par ce processus pulmonaire et les symptômes fonctionnels concomitants ; cette discordance nous paraissant très suspecte et importante à retenir (c'est sur ce défaut de parallélisme que Grancher s'appuie pour diagnostiquer la spléno-pneumonie tuberculeuse). Une partie notable de la base droite était à peu près inexistante au point de vue respiratoire tant la perméabilité à l'air y était diminuée ; le reste du poumon était en état d'insuffisance fonctionnelle notable, or notre malade n'avait aucune dyspnée au repos, à peine un peu d'accélération du rythme respiratoire après la marche ; pas de préférence pour le décubitus latéral à droite plutôt qu'à gauche ; aucune trace de cyanose ; presque pas

d'expectoration ; la température ne dépassa jamais 38°5 et revint à la normale en une quinzaine de jours, le point de côté disparut rapidement. L'état général, sauf l'anorexie et un sentiment de faiblesse se maintenant assez bon pour que ce malade désireux de rentrer chez lui et espérant reprendre ses occupations demandât sa sortie.

Il partit un peu malgré nous et sans que son état pulmonaire se soit amélioré d'une façon bien notable.

On nous objectera peut-être que cet homme avait eu chez lui, plusieurs jours ou plusieurs semaines auparavant (en tout cas bien avant que le médecin appelé la veille de son entrée ne le vit) une pleurésie, qui comme cela arrive quelquefois avait été d'allure assez torpide pour avoir été méconnue du malade lui-même, et l'on dira qu'elle avait été, de par l'épaississement pleural consécutif, la cause des signes relatés plus haut.

Cette hypothèse nous paraît difficile à défendre en raison de ce fait, qu'une pleurésie dont l'épanchement s'est résorbé, et à moins d'avoir été suivie d'une symphyse pleurale importante, donne d'habitude quelques frottements lorsque les feuillets plus ou moins adullérés reviennent au contact. Or il nous fut toujours impossible de déceler aucun frottement.

D'autre part, dans la pleurésie dite à frigore, le point de côté est habituellement initial, il cesse avec les progrès de l'épanchement et en tous cas, il est absolument exceptionnel de le voir réapparaître, quand cet épanchement résorbé, les fausses membranes s'organisent. Or notre malade qui n'avait plus d'épan-

chement et dont les adhérences (de par l'hypothèse que nous réfutons) eussent été la cause de la symptomatologie observée, avait précisément un point de côté violent à l'entrée dans le service, point de côté qui disparut sans que les signes d'auscultation se soient modifiés de quelque façon.

Après avoir discuté la possibilité d'une pleurésie antérieure et datant de trois semaines environ (début des premiers malaises) nous nous sommes ralliés au diagnostic de processus de base *probablement tuberculeux*, nous appuyant sur l'amaigrissement, la perte rapide des forces, la marche particulièrement subaiguë de l'affection, l'absence d'autres causes ayant pu provoquer cette inflammation pulmonaire et aussi sur la présence dans la région maxillaire au devant du lobule de l'oreille, d'une cicatrice offrant tous les attributs d'une ancienne adénite tuberculeuse.

A la vérité, quand nous vîmes ce malade et celui qui a fait l'objet de la première observation, la nature tuberculeuse du processus ne nous parut pas évidente de prime abord et nous fûmes amenés à cette conception par voie d'élimination et faute de pouvoir expliquer autrement cette phlegmasie pulmonaire. Mais plus tard, il nous fut donné de voir d'autres malades qui étant des tuberculeux notoires, soit qu'ils fussent porteurs de coxalgie, de mal de Pott, de synovite à grains riziformes, soit qu'ils présentassent une bacillose avérée des sommets ou des bacilles dans les crachats étaient affectés de ce même processus de base ni plus ni moins typique par lui-même. Ces faits entraînèrent notre conviction et de

simple hypothèse, la nature tuberculeuse du processus devint pour nous une certitude.

Pendant les dix mois que ce malade resta chez lui, entre le premier et le second séjour qu'il fit dans le service, nous eûmes l'occasion de le revoir une fois (trois mois après sa sortie de l'hôpital). Il nous dit avoir repris son travail, s'y livrer sans trop de peine et ne souffrir que de quelques troubles digestifs avec anorexie habituelle. Les signes d'auscultation étaient les mêmes que ceux relatés plus haut, l'état général restant stationnaire.

Nous nous attendions bien à le voir nous revenir avec le froid mais il nous était réservé une surprise qui, faite pour ébranler une conviction clinique si bien assise qu'elle puisse paraître, nous laissera du moins un souvenir durable et précieux aussi.

Ce cas, précisément par les difficultés dont il fut accompagné, par la déception qu'il nous causa, par le démenti qui nous fut opposé au dernier moment (comme on va le voir à la lecture de l'observation et du compte rendu de l'autopsie elle-même) fut pour nous, en dernière analyse (examen histologique) une démonstration éclatante de l'idée que nous soutenons.

DEUXIÈME SÉJOUR

DIAGNOSTIC

J. O., 47 ans manœuvre. — Entrée: 15 novembre 1909, Décédé : 27 novembre 1909.

Néoplasme gastrique (face antérieure et grande courbure).

Le malade a déjà fait un séjour de un mois et demi à l'hôpital pour un *engouement persistant de la base droite*. Il y a de cela dix mois.

On ne trouve pas d'antécédents bacillaires héréditaires. Depuis la sortie du service, il a repris son travail ; *il n'a eu ni de la toux ni de l'expectoration, pas de dyspnée*. Pourtant il a perdu ses forces, l'appétit a beaucoup diminué, il a maigri de quatre kilos. Il aime encore la viande, la mange même crue, mais la graisse lui répugne.

Les quelques renvois acides ou de goût mauvais qu'il avait déjà lors de son premier séjour n'ont fait qu'augmenter ; depuis quelques mois, ils se produisent journellement.

Depuis quinze jours, il dut quitter son travail. Ces trois derniers jours, il a vomi un peu de bile sans aliments : les matières fécales sont dures. Il n'a pas remarqué qu'elles fussent quelquefois noires. D'autre part, il se plaint de douleurs en lancées dans les jambes.

A l'examen. — On se trouve en présence d'un homme très amaigri, qui a des nausées faciles, se plaint de vertige quand il s'assied sur son lit ou qu'il se lève. *Le teint est jaune paille.*

Aux poudrons. — *A gauche* : on note une respiration forte dans toute la hauteur avec inspiration un peu saccadée au sommet en avant.

A droite. — Au sommet, inspiration un peu plus saccadée encore qu'à gauche. A LA BASE, *sur un travers de main, obscurité respiratoire avec quelques râles lointains à petites bulles, surtout inspiratoires. Matité, pas d'exagération des vibrations qui sont bien perçues partout.*

Incurvation du thorax à gauche ; *grosse rétraction de la paroi thoracique à droite.*

Cœur. — Normal ; pointe dans le V^e sur la ligne mamelonnaire, à peine perçue. Pas d'exagération du 2^{me} bruit au foyer pulmonaire. Pouls un peu faible.

Abdomen. — Un peu augmenté de volume. Immédiatement, on sent *une grosse tumeur à la palpation de l'épigastre.*

Tumeur dure, bosselée, soulevée par les battements de l'aorte, un peu mobile latéralement et douloureuse à la pression. Elle s'étend plus à gauche qu'à droite, descend en diminuant de largeur jusqu'à un travers de doigt au dessous de l'ombilic. Grand clapotage gastrique. La matité hépatique s'étend du IV^e espace jusqu'au rebord costal. Pas de matité splénique, non plus que dans les flancs.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

La température est de 38° 5.

18 novembre. — Ce matin, on trouve dans la cuvette *un mélèna non douteux ; il existe dans les flancs de la matité avec sensation de flot.* Le clapotage gastrique a nettement diminué, c'est à peine si on le retrouve par la succussion et très haut. Le pouls est petit, faible à 96. Il n'y a pas de souffle anémique au cœur ni dans les vaisseaux du cou.

20 novembre. — Hier, le malade a eu de grands vomissements liquides, assez fluides avec de gros flocons et de grands filaments de mucus couleur un peu chocolat.

Le papier bleu de tournesol, trempé dans les matières vomies se rougit d'une façon assez intense. Il y a quelques caillots de lait mais pas d'autres aliments reconnaissables ; d'ailleurs le malade n'a pris que des liquides. Le vomisse-

ment est précédé d'une sensation de brûlure à l'épigastre.

Les tuméfactions maronnées paraissent gagner d'un jour à l'autre surtout à droite.

L'ascite n'augmente pas.

Le clapotage gastrique n'a pas reparu.

23 novembre. — *Hoquet, vomissements mélaniques continus.*

27 novembre. — Le malade est décédé sans avoir présenté d'autres symptômes.

AUTOPSIE

28 novembre 1909. — Grand envahissement du méso-colon transverse et de ses franges graisseuses, du grand épiploon dans toute sa longueur, dans toute sa largeur et dans toute sa hauteur par un néoplasme d'aspect encéphaloïde; avec liquide louche avec flocons dans le petit bassin et dans les flancs. Un peu de liquide séro-hématique dans la plèvre gauche.

Quant à la plèvre droite, elle est adhérente dans toute sa hauteur et plus on descend vers la base, plus cette adhérence est intime.

Vers le sommet le long de la gouttière postérieure de ce poumon droit, l'adhérence est aussi serrée. Dans tous ces points; base, gouttière et sommet, l'éviscération n'est possible qu'en s'aidant de coups de ciseaux et notamment quand on arrive au niveau de la symphyse diaphragmatique.

L'éviscération faite, *on trouve dans la plèvre droite épaissie, à la partie inférieure, des noyaux cancéreux en tache de bougie. Dans la base du poumon, au niveau des portions de parenchyme sous-jacent à la plèvre diaphragmatique, le tissu est un peu caoutchouté et cependant ne plonge pas.* Le diaphragme, au niveau de la base droite,

sur sa face péritonéale est couvert de petits nodules cancéreux variant du volume d'une lentille à celui d'un gros pois.

En avant, entre la base du poulmon et le diaphragme, près de l'insertion de celui-ci aux côtes, règne un nappe d'aspect caséeux, un peu grenue pour laquelle il n'est pas absolument certain que l'on ait affaire à du néoplasme.

Sur la coupe de ce poulmon comme sur celle du poulmon gauche, on ne voit pas trace de tubercules anciens ou récents.

Rien à noter dans le péricarde si ce n'est quelques adhérences lamelleuses ou celluleuses entre les oreillettes et les gros vaisseaux de la base. Aorte très modérément athéromateuse.

Au cœur, épreuve par l'eau négative à la mitrale et à l'aorte. Sur l'organe ouvert, rien à noter.

Les reins paraissent normaux, on n'y note que de la pâleur.

Autour de l'estomac, tout est envahi par le cancer, le petit épiploon comme le méso-colon transverse. Les ganglions prévertébraux le sont aussi. Toutes les franges épiploïques sont semées de grains cancéreux. Il y a de grosses taches à la surface de la rate. Trois noyaux sont intra-splénique et ont un aspect très particulier, ils sont caséeux et vus isolément, feraient penser plutôt à des tubercules qu'à du cancer.

De nombreux grains péritonéaux sont disséminés sur les deux faces du foie, ainsi que sur la vésicule. A la coupe du foie on ne trouve qu'un noyau nettement cancéreux.

Sur l'estomac ouvert, on se trouve en présence d'une énorme tumeur qui a envahi tout l'antre prépylorique et qui, comme d'habitude, s'arrête brusquement au duodénum. — Une grande ulcération règne dans tout l'antre prépylorique pour cesser à deux ou trois travers de doigt, du pylore, mais là, les bourgeons cancéreux réapparaissent et devaient oblitérer pour ainsi dire absolument le pylore.

Poids des organes :

Cœur.....	280 gr.
Reins.....	140 et 130 gr.
Foie.....	1.690 gr.
Rate.....	200 gr.

RÉSUMÉ DE L'AUTOPSIE. — *Cancer de l'antra prépylorique et du pylore. — Généralisation intense au grand et au petit épiploon. — Nodules disséminés à toute la surface du péritoine. — Rares noyaux intrahépatiques et intraspléniques. — Symphyse totale de la plèvre droite de plus en plus adhérente en descendant. — Nappe caséreuse probablement cancéreuse entre la base du poumon droit et le diaphragme. — Pas de noyaux intra-pulmonaires. — Base droite un peu caoutchoutée mais ne plongeant pas.*

Réponse du laboratoire d'Anatomie Pathologique quant à l'examen des pièces prélevées lors de l'autopsie de J. O.

I. *Base droite.*— On se trouve en présence d'un *processus pneumonique nettement hyperplasique*. Sur toute la surface de la coupe, la charpente alvéolaire n'est plus différenciable. Un tissu constitué comme suit a tout envahi ne permettant plus de distinguer cette charpente.

Ce tissu est formé d'une substance rose, fibrillaire, dans laquelle sont coulées des cellules que l'on ne distingue plus que par leurs noyaux. Ces noyaux sont déformés, en lunules, en virgules, quelquefois élargis, se moulant en somme dans les espaces restreints que leur laissent ces fibrilles roses. Ça et là, sont emprisonnés dans le même tissu fibroïde fondamental soit des grains d'anthraxe, soit encore des cellules de gros volume chargées de poussière noire. Les artères, les veines et les bronches sont restées très apparentes. Les artères et les veines parce que leurs parois sont considérablement épaissies : les artères par

hyperplasie de leur musculaire qui tend à en diminuer le calibre en même temps qu'une périartérite à tissu rose hyalin les entoure; les veines ont pris le plus souvent l'aspect de gros anneaux à paroi fibro-hyaline. — Les bronches se retrouvent aussi quelquefois quand on se dirige un peu vers la profondeur. Ce sont les bronchioles admirablement marquées par un bel épithélium cylindrique. La plèvre à ce niveau est considérablement épaissie par un tissu fibro-hyalin pauvre en cellules. Çà et là, des nappes caséuses sont emprisonnées dans cette plèvre épaissie. Enfin sous la néomembrane, dans le tissu fibroïde qui obstrue la lumière des alvéoles les plus superficielles, on peut voir des *cellules géantes* rares mais indiscutables.

II. *Base droite avec nappe caséuse sus-diaphragmatique.* — La coupe intéresse l'angle inférieur de la base du poumon, c'est-à-dire que l'on a une nappe de tissu pulmonaire triangulaire entourée sur ses deux côtés les plus grands par la plèvre en néomembrane fibro-hyaline considérablement épaissie; au-dessus de celle-ci règne d'une façon presque continue une nappe caséuse.

Dans le tissu pulmonaire sous-jacent à la néomembrane pleurale, les alvéoles sont plus ou moins envahies par des nodules de *cellules épithéloïdes* au milieu desquelles on voit de *nombreuses cellules géantes*.

Sur certaines coupes, des fragments du diaphragme sont restés en place; le muscle est lui-même très sclérosé, ses cloisons épaissies. L'on peut trouver alors sur le bord de la coupe qui correspond à ce diaphragme, c'est-à-dire dans le tissu cellulo-adipeux sous-péritonéal, des boyaux de diverses dimensions remplis de grosses cellules à protoplasma clair et finement granuleux, à noyaux vésiculeux. Bref, on y voit la *généralisation sur le péritoine diaphragmatique de la tumeur gastrique*.

III. *Poie.* — Les coupes comportent au milieu d'un parenchyme hépatique altéré, la section hémicirculaire d'un noyau cancéreux. Ce noyau est constitué par des

cellules volumineuses de formes très diverses, a protoplasma très réfringent et un peu granuleux. Ces cellules n'affectent aucune disposition typique; elles sont coulées dans une substance hyaline un peu rosée et leurs noyaux vésiculeux subissent des déformations qui paraissent en rapport avec la place qui leur est dévolue. Par endroits, la substance fondamentale paraît devenir prédominante, les cellules et les noyaux de la tumeur sont alors beaucoup plus petits, écrasés et déformés; par place aussi, on peut retrouver la formation vaguement esquissée de boyaux pleins. Le foie autour du noyau cancéreux est infiltré de gouttelettes graisseuses. D'ailleurs, le parenchyme hépatique est partout dans un état bien spécial, ses cellules et même les travées de Remak ont perdu leur individualité, on dirait que les unes et les autres sont devenues coalescentes en même temps que le corps des cellules est devenu cireux et les noyaux incolores. Il semble que cet aspect est sous la dépendance de l'oblitération de presque toutes les veines portes que l'on rencontre dans les espaces de Kiernan par un caillot déjà en partie hyalin et sans lésion inflammatoire de la paroi même de ces veines.

Bref, il semble qu'il y a eu une *pyléphlébite* terminale et récente.

IV. *Rate.* — Les nodules que l'on rencontre sur les coupes, sont formés d'une substance uniformément granuleuse; ils sont encapsulés par une *coque fibreuse* rose et montrant d'épaisses fibrilles. Ni dans la nappe de ces nodules qui paraissent être des *blocs caséeux*, ni dans la coque, on ne peut distinguer d'éléments histologiques tuberculeux. La pulpe splénique est fortement congestionnée, les glomérules de Malpighi sont cependant eux aussi très riches en cellules rondes. Ça et là, on voit apparaître au niveau d'un glomérule de Malpighi des blocs vitreux de couleur rouge assez foncée qui paraissent être des *îlots caséeux* de petit volume, il en est même de temps à autre qui commencent à s'encapsuler.

En somme, la lésion de la rate n'est *sûrement pas en rapport avec le cancer, il paraît s'agir de masses caséeuses tuberculeuses.*

Le Professeur chef du laboratoire,

PAVIOT.

DISCUSSION

Lorsque ce malade quitta le service après y avoir fait son premier séjour, il y a un an et demi, notre attention avait déjà été attirée par cette localisation particulière de la tuberculose à la base du poumon et la discussion en fut faite de suite.

Maintenant que nous voilà en possession d'un examen histologique confirmatif de notre diagnostic, il semblerait que nous pourrions nous prévaloir, quant à la théorie que nous soutenons, de l'exactitude de notre affirmation , d'où l'on ne manquerait pas de déduire, peut-être sans malice, la simplicité de ce diagnostic même, ce qui serait une erreur absolue.

Aussi, plutôt que de citer simplement la relation des deux séjours et de la faire suivre immédiatement de la preuve histologique, avons-nous préféré, nous en tenant à notre plan primitif, faire, après l'observation prise lors du premier séjour, la discussion que l'on a lue et à laquelle nous n'avons rien changé et donner ensuite le compte rendu du deuxième séjour, de l'autopsie et de l'examen histologique.

Primitivement, avant que nous eûmes en main les pièces anatomiques, le cas de ce malade fut classé le

deuxième dans l'énumération de nos observations et nous demandions que l'on nous fit crédit pour l'expliquer, nous appuyant pour étayer notre argumentation sur ce fait, que nous trouvâmes le même processus de base chez d'autres malades qui étaient par ailleurs des tuberculeux avérés.

Voici que maintenant, ce cas fait sa preuve lui-même et que non seulement il n'a plus besoin de rien pour faire la démonstration de sa nature mais qu'il éclaire singulièrement les autres faits sur lesquels il avait dû s'appuyer tout d'abord.

Nous avions tout à l'heure, posé l'hypothèse que le processus de base dont était atteint ce malade pouvait être de nature tuberculeuse; cette hypothèse nous l'avions surtout appuyée d'arguments d'ordre logique et après avoir procédé par élimination nous laissons à la suite des observations le soin de la vérifier.

Les évènements ont permis que la mort du malade survînt plus tôt que nous ne pouvions le supposer, assez tôt toutefois pour nous permettre de faire entrer dans ce travail son histoire au complet. Et si nous dûmes, de ce fait, modifier la place qu'il devait occuper dans les cas observés, la démonstration étant non plus à faire mais bien faite, nous pouvons du moins considérer ce cas comme garant de la qualité du raisonnement que nous avons dû tenir et nous autoriser de lui pour y avoir recours à nouveau dans des circonstances analogues.

Après avoir montré l'intérêt que présentait ce malade au point de vue démonstratif, qu'il nous soit permis de faire quelques réflexions sur l'évolution même de sa

maladie et sur les particularités que le diagnostic comportait.

Nous étions en présence d'un homme qui, dans la force de l'âge, sans antécédents héréditaires, sans tare personnelle décelable jusqu'alors, fut pris à l'occasion d'un coup de froid d'un point de côté intense à la base droite avec frissonnement, de toux, avec température au delà de 38°, qui après plusieurs jours de résistance l'obligèrent à s'aliter. On constatait à l'examen du poumon droit : une submatité allant en augmentant de la pointe de l'omoplate jusqu'à la base avec obscurité respiratoire accentuée, quelques râles sous-crépitaux tournant dans l'aisselle, les vibrations étant conservées ; la rétraction de la paroi était très nette dans toute la région ; il y avait un peu d'obscurité dans le reste du poumon mais sans autres signes. Les signes fonctionnels étaient à peu près nuls et le point de côté disparut assez rapidement ; l'expectoration fut toujours presque insignifiante.

Au bout d'un mois environ, notre malade demanda sa sortie ; les signes physiques pulmonaires étaient à peu près les mêmes qu'à l'entrée mais la température était revenue à la normale, la toux s'était calmée.

Nous portâmes pour les raisons énumérées plus haut le diagnostic d'engouement persistant de la base droite probablement tuberculeux, et le malade partit.

Mais voici qu'au bout de dix mois, cet homme revint dans le service. Les signes du côté du poumon étaient tels que lors de son premier séjour, la rétraction thoracique ayant toutefois nettement augmenté. Mais il

n'était plus question de l'affection pulmonaire et à vrai dire notre malade avait presque oublié sa maladie de l'hiver précédent. Il venait pour son estomac. Douleurs épigastriques, digestions laborieuses, renvois continus, vomissements, alimentation impossible, amaigrissement progressif. De fait, nous étions en présence d'un homme vraiment méconnaissable, la maigreur était très grande, le teint véritablement d'un jaune paille : c'était un cachectique.

A la palpation de la région épigastrique, une grosse tumeur dure, bosselée, étendue vers la gauche, nettement stomacale ne permettait pas le moindre doute : il s'agissait d'un cancer d'estomac et le malade y succomba douze jours après son entrée à l'hôpital.

Certes pour nous le coup fut rude, car à la place d'une affection dont nous pensions avoir établi l'existence et la nature même, non sans difficulté et principalement par la force du raisonnement, nous trouvions une affection d'une autre sorte dont l'existence et la nature n'avaient pas besoin d'artifices de logique pour imposer leur réalité.

A quelle époque pouvait-on faire remonter le début du néoplasme ? Quelles étaient les relations de cause à effet entre cette tumeur et les phénomènes pulmonaires observés ? N'était-ce pas le cancer qui caché depuis plus d'un an dans l'estomac avait déjà ensemencé le poumon de ses noyaux de généralisation et donnait lieu à la symptomatologie ? Il était possible qu'après une période latente prolongée, la tumeur principale ait pris à l'occasion de la déchéance organique l'extension rapide et terminale qui enleva le malade sous nos

yeux. Toutes questions que nous dûmes poser sans y trouver de solution.

Confiant dans le diagnostic, nous attendions l'autopsie pour confirmer notre opinion première ; pour nous, nous prétendions que le processus de base que notre malade présentait était bien tuberculeux, le cancer d'estomac était un simple incident qui atteignait notre homme aussi bien qu'il eût pu frapper tout autre.

L'autopsie faite, notre embarras fut plus grand encore car elle ne nous donna pas le résultat que nous attendions. Si la tumeur gastrique était énorme, la généralisation sous-diaphragmatique intense ; à part une nappe d'aspect caséeux sous-pleurale, à part quelques noyaux intra-spléniques de nature douteuse, rien ne pouvait être rapporté à de la tuberculose ni dans les organes ni même dans les poumons. Les noyaux de la rate n'auraient pas été douteux en tant que tubercules s'il n'y avait eu cette généralisation cancéreuse, mais cette généralisation n'était que trop réelle ; quant à la nappe caséreuse sous-pleurale, il était impossible de la rapporter sans conteste à de la tuberculose, d'autres processus de mortification pouvant revêtir le même aspect, et l'on sait que l'on ne trouve nulle part d'aussi beaux blocs caséeux que dans le carcinôme du testicule par exemple. L'examen macroscopique du poumon montra la symphyse pleurale à laquelle nous devons nous attendre ; le tissu pulmonaire de la base droite était comme caoutchouté mais ne plongeait pas au fond de l'eau et malgré l'inspection la plus minutieuse nous n'y trouvâmes aucun tubercule ancien ou récent.

Fallait-il donc, renonçant à notre diagnostic primitif admettre que le processus pulmonaire présenté par ce malade reconnaissait une autre étiologie que la tuberculose ?

Pouvions-nous d'une part le rayer simplement du nombre de nos observations ? nous était-il possible d'autre part de le citer tel qu'il nous était apparu après le second séjour et après l'autopsie ? Nous n'aurions pu le faire à moins de renoncer par cela même à traiter le sujet que nous nous étions imposé.

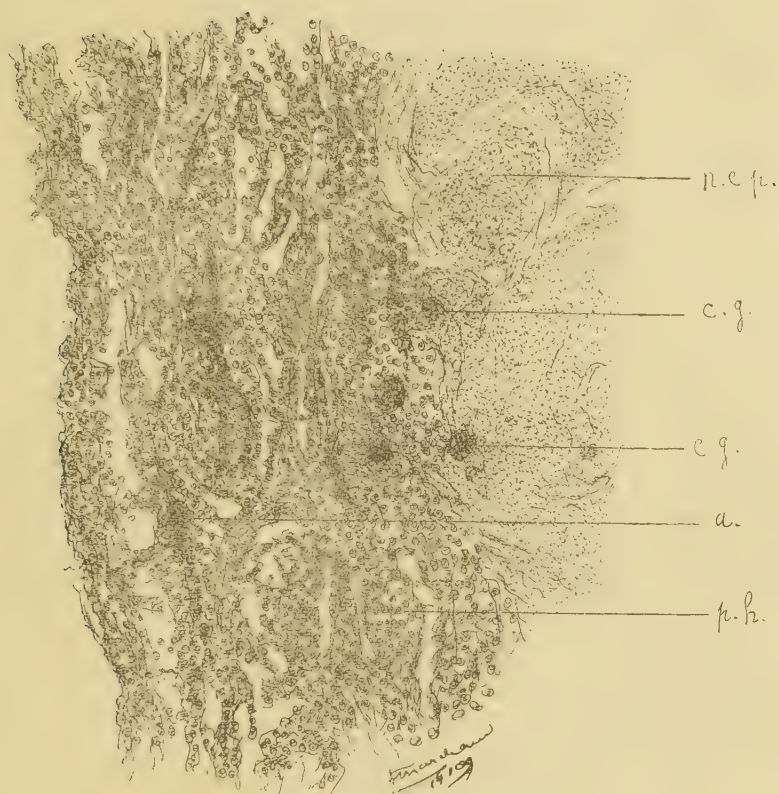
D'une part en effet, négliger de citer une observation que nous avions considérée comme typique, et le faire parce que la preuve anatomique nous manqua et que la conclusion fut un démenti aux idées que nous soutenions ; cela eut été sortir de la bonne foi et de la probité scientifique, sans lesquelles nous pensons qu'aucune discussion n'est possible.

D'autre part, citer ce cas tel qu'il nous apparut après la seconde observation et après l'autopsie même eut été ruiner totalement notre argumentation clinique et reconnaître l'inanité d'un raisonnement que nous avions cru logique, puisque ce fait avait été cliniquement identique à d'autres dont nous prétendions tenir la preuve de la nature étiologique et que son diagnostic différentiel avec ceux-ci était impossible. C'eût été faire la partie belle à ceux qui pouvaient ne pas partager notre manière de voir.

De toute façon, la question était insoluble ; il nous était impossible de sortir de ce cercle et cette perspective nous déplaisait d'autant plus que notre travail était déjà fort avancé et que le sujet nous avait paru

intéressant à traiter. Notre déception fut même si grande que nous prélevâmes des portions du poulmon pour l'examen histologique un peu en désespoir de cause et sans trop oser rien n'espérer. D'autres partagèrent nos doutes.

On a lu la réponse du Laboratoire d'anatomie pathologique: il s'agissait *d'un processus pneumonique nettement hyperplasique avec cellules géantes*. C'était ce qu'il fallait démontrer.



(FIG. II)

Processus pneumonique à tendance hyperplasique avec anthracose;
indiqué par cellules géantes.

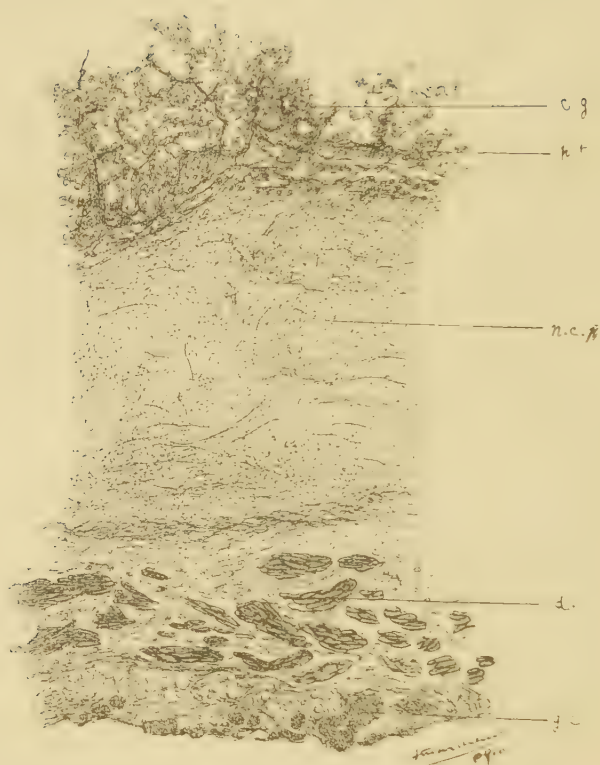
n c p, nappe caséuse pleurale.

c g, cellules géantes.

a, anthracose.

p h, processus pneumonique hyperplasique.

(Observation J. O.)



(FIG. III)

Processus pulmonaire tuberculeux hyperplasique et à cellules géantes.
Nappe caséuse pleurale. — Généralisation sous-diaphragmatique
d'un cancer d'estomac.

n c p, nappe caséuse pleurale.

p h, processus pneumonique hyperplasique.

d, diaphragme.

g c, granalisation cancéreuse sous-péritonéale.

c g, cellule géante.

p h, processus pneumonique tuberculeux.

(Observation J. O.)

Des Syndrômes « pleuro-pneumonie » et « fluxion de poitrine » d'après les classiques

Dans les cas déjà envisagés, il s'agissait d'un processus intéressant le poumon seul, c'est-à-dire que, *cliniquement* au moins, rien n'indiquait la participation de la plèvre à l'inflammation pulmonaire. Dans les observations que nous allons présenter maintenant, l'inflammation pleurale n'était pas douteuse puisqu'elle se révélait par la présence de liquide, de telle sorte que s'y trouva réalisé *le syndrome pleuro-pneumonie*.

Il nous faut en quelques lignes rappeler ce que les classiques entendent par ce mot. Serrand (1) dans sa thèse montra les rapports qui existent entre la congestion du poumon et la réaction de la plèvre. Potain (2), en 1883 et Duflocq (3), en 1899, établirent définitivement le type clinique qui, en fin de compte, porta le nom de *congestion pleuro-pulmonaire de Potain*.

Nous voulons avant de pousser plus loin cette

(1) SERRAND: Etude clinique sur les rapports entre la congestion pulmonaire et la pleurésie aiguë avec épanchement. Th. de Paris 1878.

(2) POTAIN: Congrès de Rouen en 1883.

(3) DUFLOCQ: Congestions pleuro-pulmonaires, 1889.

analyse présenter quelques observations sur le qualificatif choisi de « pleuro-pneumonie ».

Quand on pratique des examens histologiques d'affections pulmonaires dans lesquelles la participation pleurale n'est pas tout de suite apparente et en choisissant même les cas où cette participation paraît le plus infime, on ne tarde pas à se convaincre que la plèvre prend toujours part à toutes les inflammations du parenchyme pulmonaire.

On peut s'en douter en constatant le dépoli de la plèvre visible à l'œil nu non seulement à la surface des blocs pneumoniques mais au niveau des noyaux les plus petits de pneumonie lobulaire. Et cependant il n'est pas fréquent, comme chacun sait, de percevoir des frottements pleuraux au cours de l'évolution de la pneumonie aiguë franche par exemple, et il est tout à fait exceptionnel de les percevoir au cours d'une broncho-pneumonie.

Il nous semble donc que c'est très mal caractériser une affection pulmonaire que de la qualifier de « *pleuro-pulmonaire* », toutes les inflammations pulmonaires s'accompagnant peu ou prou de la participation pleurale, pour la raison que ces inflammations commencent ou prédominent toutes à la périphérie de l'organe et qu'il y a une solidarité circulatoire absolue entre le parenchyme pulmonaire et la plèvre qui le recouvre.

Au point de vue clinique, que l'on garde le qualificatif de *pleuro-pulmonaire* pour peindre un aspect symptomatique, une prédominance pleurale, pour qualifier un état pulmonaire particulier; mais qu'on

n'oublie pas le parallélisme constant des lésions de la plèvre avec celles du poumon sous-jacent malade et inversement la participation, moins intense il est vrai, mais constante du poumon sous-jacent à une affection de la plèvre.

C'est en lisant la thèse remarquable de Serrand que l'on se fait une idée nette de la question.

Cet auteur étudie d'abord les réactions pathologiques du poumon et de la plèvre quant à la localisation primitive et fait remarquer, très justement à notre sens, que si dans certains cas rares, l'affection débutant par la plèvre amène ensuite la réaction du poumon (pleuro-pneumonie); que si dans d'autres cas plus rares encore, l'affection semble frapper à la fois et d'une façon simultanée plèvre et poumon; dans le plus grand nombre des cas, la pleuro-pneumonie débute par une congestion pulmonaire. Nous dirions qu'il s'agit, comme dans les cas que nous allons analyser, d'une *pneumo-pleurésie*, l'état du poumon, organe noble, commandant celui de la plèvre.

Puis l'auteur, sans parler de l'étiologie, décrit très minutieusement et avec exemples à l'appui, la symptomatologie de l'affection, il discute longuement le diagnostic différentiel entre la congestion et la pleurésie; montre ce qui, dans les symptômes appartient à la congestion du poumon et ce qui révèle la participation pleurale.

Dans une première période, les phénomènes de congestion pulmonaire dominant et les signes sont ceux de la maladie de Woillez, mais déjà existe la *crépitation pleurale* à bulles plus sèches, plus fines, toutes

superficielles et s'entendant à l'inspiration (Potain). Dans une seconde période, les phénomènes pleuraux font leur apparition, finissent par l'emporter et par masquer parfois les signes pulmonaires.

« Les symptômes, dit Serrand, sont nombreux et
« mobiles comme ceux de la congestion pulmonaire
« idiopathique elle-même; néanmoins malgré leur
« mobilité, ils sont cependant assez caractéristiques
« pour que l'hyperhémie du poumon soit reconnais-
« sable quand on examine le malade avec atten-
« tion. »

« Le type le plus fréquent est l'association d'une
« pleurésie légère caractérisée par une matité absolue
« mais peu étendue en hauteur et d'une hyperhémie
« pulmonaire amenant dans presque tout le reste du
« poumon de l'obscurité du son et des modifications
« plus ou moins grandes dans le timbre, le rythme et
« l'intensité du murmure respiratoire qui ne cesse
« cependant pas d'être perceptible... Au-dessus de la
« matité hydrique, *règne une zone de submatité avec*
« *affaiblissement du murmure*; souffle à maximum
« à la racine des bronches, *broncho-égophonie* au
« niveau de la matité; retentissement léger de la
« voix et en même temps atténuation des vibrations
« qui sont *nulles à la base* et normales au som-
« met...

« ...Il est d'autres types, et ils sont nombreux, dans
« lesquels l'association de ces deux éléments patho-
« logiques n'est révélée que par des symptômes peu
« accusés et par des signes qui n'acquièrent de la
« valeur que pour qui connaît bien les symptômes et

« la marche habituelle de chacune de ces deux affections... »

A un examen superficiel, on serait tenté de croire à un épanchement très important et de rapporter à la pleurésie toute la symptomatologie ; mais les caractères de l'expectoration qui est celle de la congestion pulmonaire, l'apparition de la dyspnée, souvent intense ; l'élévation de la température feront faire le diagnostic. Il en sera de même si l'on suit l'évolution de l'affection. Nous ne saurions mieux faire que de citer encore à ce propos quelques phrases de Serrand.

« C'est alors que nous voyons du jour au lendemain, sous l'application de six ventouses scarifiées, *ce liquide qu'on aurait été tenté la veille d'évaluer à trois litres, descendre du tiers supérieur au quart inférieur, en même temps que lui descendent tous les signes de l'épanchement et l'on ne trouve plus à la partie supérieure que les signes de congestion pulmonaire.* »

« Tout à coup, comme si un voile était tombé, la *congestion pulmonaire s'est démasquée*, non pas qu'il y eût diminution réelle du liquide, mais abaissement de l'épanchement par suite du retrait du poumon dont l'hyperhémie s'est amendée..... Il est impossible d'admettre qu'un épanchement datant de quinze jours, remplissant les deux tiers de la plèvre, s'évanouisse ainsi en vingt-quatre heures sous l'application de ventouses, tandis que nous savons que dans la congestion pulmonaire ce moyen de traitement est remarquable par sa rapide effica-

« cité et qu'il vient ainsi dans certains cas difficiles
« confirmer le diagnostic de la façon la plus précise. »

Nous nous reprocherions d'ajouter quoi que ce soit à ces phrases d'une si facile compréhension et de risquer par quelques considérations d'affaiblir ou d'obscurcir l'idée que l'on se fait, à leur lecture, de cette association de phénomènes pulmonaires et pleuraux constituant la pleuro-pneumonie de Potain. Nous voulons seulement, nous étant expliqué sur le sens qu'il faut attribuer au mot *congestion*, dire quelques mots à propos de la pathogénie de l'affection.

A vrai dire, il ne semble pas qu'entre la congestion pulmonaire idiopathique de Woillez, la spléno-pneumonie de Grancher, la pleuro-pneumonie de Potain, Dufloq et Serrand, la fluxion de poitrine de Dupré, telles que les entendent les classiques, il y ait des barrières infranchissables. La question de la forme clinique mise à part, celle-ci justifiant la terminologie, il paraît bien souvent s'agir d'une affaire de degré en plus ou en moins, la pleuro-pneumonie étant par exemple plus élevée dans la série morbide que la congestion simple.

Certains auteurs ont même établi des unes aux autres quelques termes de passage; telle l'*hémopneumonie* (Woillez), telle la *pneumonie congestive* (Potain). D'autres se sont adressés à la bactériologie pour essayer d'établir l'identité fondamentale de ces affections. Carrière (1) a rencontré sur quatorze observations de *congestion pulmonaire*, neuf fois le pneumo-

(1) CARRIÈRE : Bactériologie des congestions pulmonaires dites idiopathiques. Presse médic., 20 janvier 1898.

coque, quatre fois le staphylocoque, et une fois un diplocoque; dans un cas de *spléno-pneumonie* il s'agissait encore du pneumocoque; enfin dans la *pleuro-pneumonie* ce même agent microbien était encore en cause. Dans tous ces cas, le microbe était à peu près dénué de virulence. Il s'agirait de *pneumococies atténuées*, (Grasset) (1). Nous ne voulons pas entrer dans une discussion relative au diagnostic et à la pathogénie des affections établis par la bactériologie; nous remarquerons simplement que si dans les recherches de laboratoire le pneumocoque s'est trouvé être le microbe le plus fréquemment rencontré, il ne l'a pas été d'une façon exclusive. Dans certains cas, il était associé à d'autres agents microbiens; quelquefois même il était absent et l'on trouvait du staphylocoque, du streptocoque. Ce fait seul tendrait à démontrer qu'aucune des formes de la *congestion pulmonaire* n'est une entité morbide bien fixe et déterminée par un agent strictement spécifique.

De plus, si l'on admet que dans certaines maladies infectieuses telle que la grippe (Lemoine (2), Make-reel (3), la rougeole, la coqueluche, le rhumatisme aigu, la fièvre typhoïde, des congestions pulmonaires secondaires s'observent avec les mêmes caractères que ceux reconnus à la congestion dite idiopathique; si l'on admet d'autre part que la pleuro-pneumonie, que la spléno-pneumonie peuvent se rencontrer dans ces mêmes maladies infectieuses (Lemoine-Delpeuch,

(1) GRASSET : Leçons de clinique médicale, 1896.

(2) LEMOINE : Congrès de Montpellier, 1898.

(3) MAKEREEL : Thèse de Lille, 1898.

Faisans, Makereel, Bouicli, Méry . . . etc.), on admettra bien que la congestion pulmonaire, la pleuro-pneumonie, la spléno-pneumonie, probablement anneaux d'une même chaîne, peuvent être commandées par cette autre maladie infectieuse qu'est la tuberculose, que celle-ci soit en évolution ou même latente, et dans ce cas, nous dirons même volontiers que la tuberculose, maladie polymorphe, peut revêtir les apparences de l'un ou de l'autre de ces types.

Nous croyons en avoir fait la démonstration en ce qui concerne la forme dite *congestion pulmonaire idiopathique*.

Les observations qui suivent feront voir que cette démonstration peut être faite soit pour la *pleuro-pneumonie*, soit pour la *spléno-pneumonie*; or ces différents types cliniques se sont montrés être des processus de base, il nous suffira de montrer que, dans les cas envisagés, ils étaient de nature tuberculeuse pour établir les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire nasale.

Mais avant de citer nos observations de pleuro-pneumonie, nous voulons donner la relation d'un cas de *fluxion de poitrine*. Le malade qui en fait l'objet montre de façon très nette le début de la tuberculose à la base du poumon, et sous cette forme clinique répondant à la description des maîtres de l'école de Montpellier, Dupré et Grasset.

Il faut, pour avoir une idée claire de ce syndrome, se rapporter au tableau qu'en ont donné les auteurs.

« À côté des phlegmasies franches de l'appareil respiratoire, bronchite, pneumonie, pleurésie, il y a
« d'autres éléments morbides mixtes et bâtards dans
« lesquels les éléments hyperémiques et phlegmasiques
« sont diversement combinés et que, par un
« accord tacite on avait nommé *fluxion*. » Dieulafoy (1).

C'est à Dupré (2) que l'on doit la description de la fluxion de poitrine, puis sous l'influence des idées des écoles adverses le nouveau syndrome tomba peu à peu dans l'oubli jusqu'à ce que Grasset (3) quatorze ans plus tard y rappelât l'attention et le fit revivre à proprement parler.

Après s'être efforcé longuement de justifier l'appellation même de la maladie, mélange de congestion pure et de phlegmasie, affection à la fois catarrhale et hyperémique, Grasset a essayé d'en fixer la nature étiologique et il incrimine la nature et les variations du milieu extérieur « Il est extraordinaire, dit-il, qu'à
« une époque où l'on admet si bien l'influence des
« milieux sur la vie, où l'on consacre des volumes
« entiers à la science des milieux, à la mésologie, on
« semble nier l'influence pathogénique des vicissitudes
« atmosphériques. »

En quelques lignes, il trace l'aspect de la maladie.

« La fluxion de poitrine ne se sépare pas des autres

(1) DIEULAFOY : Gaz. hebdom. de med. et de chirurg. Mars 1878.

(2) DUPRÉ : Consid. génér. sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale. Montpellier médical, 1860.

(3) GRASSET : Fluxion de poitrine de nature catarrhale. Montpellier médical, 1874.

« pneumonies, bronchites, etc. par la nature de ses
« lésions; ce sont toujours des congestions, des
« inflammations, etc. Mais ces lésions, communes
« par leur nature, ont dans leur marche et leur évolution des caractères spéciaux que l'on peut grouper autour des trois suivants :

« 1° *Etendue des lésions* (en surface et non en profondeur);

« 2° Rapidité des processus (développement et évolution);

« 3° Facilité de propagation (par continuité de tissus).

« La fluxion de poitrine de nature catarrhale ne se sépare pas des autres pneumonies, bronchites, etc. par la nature de ses symptômes; *il n'y a pas de symptôme spécial à cette maladie*; elle est caractérisée par un ordre particulier dans la succession des phénomènes. » Grasset.

On peut avec les auteurs considérer à l'affection différentes étapes.

Souvent il n'y a aucuns prodromes; quand il en existe, ils se montrent sous des aspects variables. Un peu de céphalée, un malaise général, des courbatures multiples. De toute façon, c'est une affection légère, bénigne et apyrétique dont il est encore impossible de prévoir en quel sens se fera l'évolution.

Puis s'établissent des phénomènes généraux sans qu'il se fasse encore de localisation appréciable; de telle sorte, qu'à ce moment même, qui correspond à la fin de la période d'invasion, il est difficile de songer à une affection thoracique plutôt qu'à toute autre.

Les malades souffrent de partout ; les bras, les jambes, les reins, la tête sont douloureux. Ils comparent leur état à celui d'un individu qui aurait été roué de coups ou culbuté violemment ; pas de point de côté, pas d'expectoration, quelquefois un peu de rhume. Dès cette période, petits frissonnements répétés, fugaces, sensation bizarre qui passe entre cuir et chair, horripilant la peau, tantôt ici, tantôt là, n'atteignant pas tout le corps simultanément (fugacité, superficialité, répétition des frissons).

La température est élevée atteignant 38°5 ou 39° avec exacerbation le soir, céphalalgie, quelquefois des vomissements ; l'anorexie est habituellement absolue, la langue sale.

Enfin vers le troisième ou quatrième jour de la maladie se fait la localisation thoracique. Celle-ci est à grand caractère de généralité : congestion bronchique dans toute la poitrine, en avant et en arrière, se révélant par des ronchus ou râles d'un certain volume et mobiles. La plèvre révèle sa participation au processus par des frottements. Il existe très généralement une douleur pleurodynamique assez étendue mais précise. L'hypéresthésie de la paroi thoracique est parfois d'une intensité très vive et le malade la distingue parfaitement de la douleur spontanée et plus profonde qui est le point de côté proprement dit ; d'ailleurs cette douleur des plans musculaires du thorax peut s'irradier très bas vers les lombes ou se montrer très intense sur la paroi abdominale elle-même.

A ce moment, la dyspnée augmente, la respiration est courte et gênée, l'expectoration d'abord banale

change de caractère, les crachats deviennent souvent rouillés et peuvent l'être aussi nettement que dans la pneumonie franche. Il apparaît de la rougeur de la pommelle, signe précieux pour le diagnostic (Grasset).

Mais à l'auscultation, les râles, frottements persistent aussi gros avec les caractères d'étendue et d'intensité considérable caractéristiques de l'affection. Quelquefois il existe un peu de liquide dans la plèvre.

Pendant toute cette période d'état on peut avoir tous les signes rationnels d'une pneumonie, les signes physiques font par contre défaut.

La terminaison se fait par crise comme dans la pneumonie, du sixième au onzième jour.

L'affection est habituellement bénigne.

Mais la résolution peut dans certains cas ne pas se réaliser et alors deux éventualités se produisent et à ce sujet, nous relevons dans Grasset cette phrase d'un très grand intérêt pour nous : « *Qu'arrivera-t-il de la fluxion de poitrine non résolue? Deux choses sont possibles, ou une résolution tardive ou une dégénérescence caséuse de l'exsudat. Dans le premier cas, c'est la guérison qui n'a été que retardée; dans le second cas, c'est la phthisie caséuse.* ».

Il est regrettable que les auteurs en général et que Grasset en particulier n'aient pas autrement insisté sur cette évolution possible de la fluxion de poitrine; la maladie y eût gagné quelque intérêt.

Le malade dont nous allons citer l'observation montre de la façon la plus nette que la « *fluxion de poitrine* » peut être l'une des modalités par laquelle la tuberculose débute à la base du poumon.

Processus tuberculeux de base répondant au type dit « Fluxion de poitrine »

OBSERVATION VII

PREMIER SÉJOUR

Fluxion de poitrine (Dupré)

Fr. 29 ans, manœuvre. — Entré : 16 septembre 1907; sorti : 17 octobre 1907.

Parents vivants et bien portants. Deux sœurs vivantes. Marié depuis six ans, il a perdu une fille; une autre est bien portante. Sa femme se porte bien.

Il aurait eu une fièvre cérébrale étant enfant. Il fut réformé pour myopie. Il nie toute syphilis.

Bonne santé jusqu'à l'hiver dernier. Mais le malade est un éthylique certain, il avoue deux litres de vin par jour, il dit ne pas boire de liqueurs. Il présente un tremblement éthylique parfaitement net et des cauchemars ou rêves professionnels; son teint illuminé est assez typique.

L'année dernière, faisant les vendanges, il s'est mis à tousser un peu et dut interrompre son travail; depuis la toux ne l'a pas quitté; en février il fit une rechute qui le tint au lit pendant quatre jours. De toute l'année il n'a cessé de tousser mais c'est surtout depuis cette seconde rechute qu'il a maigri et perdu l'appétit.

Depuis quinze jours, il souffre de la base droite et a cessé son travail depuis trois jours.

Ce qui frappe à l'examen du thorax c'est une *sensibilité diffuse à la palpation des trois ou quatre derniers espaces intercostaux droits comme si la paroi était elle-même douloureuse*. Interrogé sur le début même de l'affection, le malade reconnaît qu'elle a succédé à un refroidissement pour ainsi dire local; il a reçu la pluie abondamment à deux reprises différentes.

Du côté droit, on trouve sur trois travers de doigt de la submatité avec résistance au doigt. Cette submatité fait le tour du thorax et se retrouve en avant dans le troisième et surtout dans le quatrième espace. A l'auscultation, la même région est obscure, sans souffle avec quelques râles de bronchite. Plus haut, le poumon paraît respirer normalement sauf quelques ronchus. Dans les fosses sus et sous-claviculaires la respiration est du type supplémentaire.

Du côté gauche, la respiration est forte dans toute l'étendue en arrière. Le long de la colonne, au niveau des fosses sus et sous épineuse, elle a un timbre légèrement bronchique. En avant, sous la clavicule la respiration est un peu plus faible qu'à droite.

Le cœur bat dans le cinquième espace, en dedans de la ligne mamellonnaire à 76. Il n'y a rien d'anormal à l'auscultation.

Il n'y a rien à signaler à l'examen de l'abdomen; habituellement, les digestions sont bonnes, les fonctions intestinales satisfaisantes; mais depuis quatre jours est survenu un peu de diarrhée.

Expectoration est modérée, les crachats sont muqueux.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

La température est à 38° 3.

28 septembre 1907. — Au poumon droit, la sonorité est encore un peu diminuée par rapport à l'autre côté. La pression est toujours douloureuse à la base du thorax. La respiration s'entend bien dans toute la hauteur, mais elle

est un peu plus faible que du côté gauche. Il y a quelques râles secs à l'extrême base. On constate sous l'aisselle de gros frottements.

En avant, on voit des dilatations veineuses assez marquées et limitées à la moitié droite du thorax. Zone de matité de trois travers de doigt au-dessus du mamelon, la limite inférieure de cette matité se confond avec la matité hépatique. A ce niveau, on perçoit également de gros frottements.

Le malade a été radioscopé par M. Destot, qui dit avoir constaté un gros noyau pulmonaire et pas de liquide dans la plèvre.

L'expectoration est muqueuse, un peu adhérente.

16 octobre. — Le malade demande sa sortie et l'on constate que, malgré la persistance d'une légère submatité à la base droite, la respiration s'entend jusqu'en bas faisant à peine éclater quelques rares bulles humides. La température après avoir oscillé entre 38° et 39° pendant onze jours se maintient depuis quatre jours entre 37° et 37° 5.

DEUXIÈME SÉJOUR

9 décembre 1909. — 9 mars 1910. — Le malade revient pour de la bronchite (26 mois après son premier séjour).

Depuis sa sortie du service, il a continué à travailler et à boire ses deux litres de vin par jour. Il s'est fait une entorse au pied droit l'année dernière. Il continuait à tousser toujours un peu ; il n'a pas eu d'hémoptysie.

A l'époque de la Toussaint, il a reçu la pluie et n'a pu se changer que quatre heures après, tout transi de froid ; il eut de petits frissons et il se mit à souffrir d'un point de côté à la base droite.

Depuis, il n'a cessé de tousser, de cracher et il a maigri d'environ 8 kilos ; il a conservé un peu d'appétit, mais il

vomit souvent les aliments après les quintes de toux. Il a dû cesser son travail il y a quinze jours. Sueurs abondantes depuis huit jours.

A l'entrée, le visage est coloré, illuminé, tremblement éthylique des doigts.

Poumon gauche. — Dans le creux sus-claviculaire, on a des râles sous-crépitants surtout inspiratoires après la toux. Dans la région sous-claviculaire, on retrouve les mêmes râles à l'extrémité interne du premier espace ; en dehors se révèlent après la toux des craquements surtout expiratoires. Le murmure vésiculaire est conservé, un peu diminué toutefois ; l'expiration est prolongée. Dans la fosse sus-épineuse, râles sous-crépitants ; la toux fait apparaître de gros craquements humides surtout à la fin de l'expiration. Jusqu'à la pointe de l'omoplate, on retrouve ces signes mais atténués. A la base, il n'y a pas de submatité, la respiration est forte, du type supplémentaire.

Poumon droit. — Au sommet, soit en avant, soit en arrière, on a de la submatité, de l'exagération des vibrations, léger ralentissement de la toux.

A la base, la respiration est forte, légèrement soufflante, sans râles ni frottements ; il n'y a pas de submatité.

Cœur, pointe dans le cinquième espace en dedans du mamelon. Pas de souffle. Pouls à 70, de tension moyenne.

Rien de spécial à noter à l'examen de l'abdomen ; il n'y a ni diarrhée ni constipation. Le foie déborde un peu les fausses côtes ; il n'y a pas de matité splénique.

Le réflexe rotulien est un peu brusque. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

La température est à 39° 4.

13 décembre 1909. — La température après être descendue à 37° 3 le lendemain de l'admission, oscille depuis quatre ou cinq jours autour de 38°.

Le malade a des cheveux châtains, la moustache ainsi que la barbe sont franchement blondes. Il présente une peau de la face et du corps d'une finesse et d'une blan-

cheur qui ne sont pas en rapport avec son état social et sa profession de manœuvre.

Ce matin, les bruits adventices entendus à droite ont totalement disparu. Il reste quelques bulles humides peu éclatantes dans la fosse sus-claviculaire; des sibilances et des ronchus mobiles sous les deux clavicules, plus marqués à droite qu'à gauche.

Le point de la base droite a d'ailleurs disparu. A gauche, dans l'espace interscapulaire, sont quelques râles un peu éclatants, très discrets, exclusivement inspiratoires.

21 décembre. — La température se maintient au-dessus de 38°. L'expectoration est très abondante, fluide, avec de nombreuses traînées louches. Le sommet gauche présente en arrière au niveau de la fosse sus-épineuse et dans l'espace interscapulaire, une nappe de râles un peu éclatants sans abolition du murmure et sans matité notable.

4 janvier 1910. — Après des oscillations irrégulières de la température, le malade, depuis quatre ou cinq jours, paraît aller moins bien. Il tousse et expectore davantage et ce matin on constate que le sommet gauche en arrière est indemne de tout râle. On trouve à droite, dans l'espace interscapulaire, au niveau de la fosse sous-épineuse une nappe de râles sous-crépitaux humides.

En avant, il n'y a rien à noter.

La recherche des bacilles dans les crachats est négative.

11 janvier. — Il y a deux jours, on avait découvert que les râles siégeant à droite dans l'espace interscapulaire au-dessous du plan de l'épine de l'omoplate, avaient disparu, sans qu'il en ait paru d'autres au-dessus. Mais ce matin, ils ont envahi toute la moitié supérieure de l'espace interscapulaire et toute la fosse sus-épineuse droite.

A gauche, les râles n'ont pas reparu.

Rien à noter en avant si ce n'est de la respiration de suppléance sous la clavicule droite. Les mêmes râles qu'en arrière, éclatants, s'entendent dans la fosse sus-clavicu-

laire droite, mais il est très manifeste qu'à ce niveau le murmure respiratoire persiste.

Le malade s'alimente un peu mieux; il a repris de 3 kilos 500 depuis son entrée.

L'expectoration est relativement abondante, très fluide, en grande partie muqueuse et claire et semée de quelques crachats floconneux louches.

13 janvier. — Hier, se montra de la diarrhée avec vomissements. Ce matin, on trouve la région répondant au siège anatomique de la vésicule sensible; l'épigastre est également douloureux. Les deux phréniques sont douloureux au cou.

18 janvier. — La diarrhée s'est arrêtée, la douleur de l'hypocondre droit a disparu; la température a baissé depuis deux jours au-dessous de 38°. La toux persiste, quinteuse et surtout nocturne. Aujourd'hui, la fosse sus et sous épineuses droites sont remplies de râles humides éclatants mais avec conservation du murmure respiratoire; ils vont en diminuant de haut en bas. On les retrouve dans la fosse sus-claviculaire droite et aussi au-dessous de la clavicule mais très atténués.

Plus rien au poumon gauche.

20 janvier. — Bouffées de râles au sommet gauche à la partie interne du premier espace intercostal en avant.

Le poumon droit est débarrassé des râles.

24 janvier. — Les râles siégeant sous la clavicule gauche, qui avaient déterminé l'application d'un topique, ont disparu; et ce matin c'est à l'extrémité interne de la fosse sus-épineuse droite que l'on entend de gros râles humides simulant absolument des gargouillements mais s'entendant aux deux temps de la respiration et avec un murmure respiratoire sûrement exagéré superposé à ces bruits.

3 février. — Depuis quatre jours le malade vomit ses repas une heure à une heure et demie après l'ingestion. Il a une sensation de gêne et de pesanteur au-dessous du thorax, puis survient un chatouillement de l'arrière-gorge

qui provoque le vomissement, ceux-ci n'étant plus provoqués seulement par la toux. Examiné ce matin (à 11 heures), trois quarts d'heure après l'ingestion d'un potage, ayant pris à 7 heures du café au lait, on lui trouve un estomac clapotant jusqu'à l'ombilic, non douloureux.

5 février. — Les vomissements ont cessé; dès hier, l'alimentation a pu être reprise. Le malade ayant pris du bouillon, il y aura bientôt deux heures, son estomac ne clapote plus, mais il garde de la sensibilité à la pression avec un peu de défense dans la moitié droite de l'épigastre. Les phréniques ne sont pas douloureux à la pression, il n'y a pas de douleur dans la fosse iliaque droite.

19 février. — Un topique dans la fosse sus-épineuse et dans la région interscapulaire droite ont presque fait disparaître les râles inspiratoires un peu métalliques qui s'y trouvaient; ils subsistent avec le même type au-dessus et au-dessous de la clavicule droite.

24 février. — La température depuis sept jours se maintient au-dessous de 38°. Sous la clavicule droite, les râles gargouillés et métalliques ont disparu; la respiration y est supplémentaire. Au-dessus de cette clavicule, la respiration est encore supplémentaire, les râles gargouillés et métalliques y sont beaucoup moins abondants. Dans la fosse sus-épineuse, râles éclatants, discrets, mais perceptibles aux deux temps et avec un murmure largement conservé.

Par contre, aujourd'hui, dans l'espace interscapulaire gauche, surtout au niveau de la fosse sous-épineuse, nouvelle éclosion de râles sous-crépitants et expiration bronchique.

Le malade s'étant fait raser, on découvre aujourd'hui deux gros ganglions angulo-maxillaires, du volume de noisettes, très durs, siégeant à droite et qu'il dit avoir depuis deux ans.

Le poids se maintient.

1^{er} mars. — *Un examen de crachats fait hier a montré des bacilles de Koch peu nombreux.* Le malade n'a

plus de fièvre depuis plusieurs jours, cependant la nuit passée, il aurait toussé beaucoup et dans ses crachats très aérés, il y a quelques filets sanglants.

Sous les deux clavicules, éclatent des râles humides à grosses bulles mais avec persistance du murmure et perceptibles aux deux temps. Il en est de même au dessus des clavicules. Dans les fosses sus et sous-épineuses droites après la toux, mais fait plus nouveau, dans l'espace interscapulaire gauche, au-dessous de l'épine de l'omoplate, on trouve sur une hauteur de cinq à six travers de doigt, une expiration soufflante que l'on ne peut d'ailleurs différencier d'une respiration supplémentaire (le murmure y persiste) mais il existe à droite de la pectoriloquie aphone, il n'y en a pas à gauche.

Le malade signale que depuis hier, il éprouve à la déglutition des solides et même des liquides une sensation d'arrêt à la base du cou.

9 mars. — Le malade dans ces derniers quinze jours a perdu 2 kilog.; il demande toutefois à sortir et doit aller à la campagne. La température oscille entre 37° et 37°2 depuis six jours; le pouls reste rapide à 100 et particulièrement vite.

Immédiatement sous la clavicule gauche, râles sonores aux deux temps.

Respiration supplémentaire sous la clavicule droite. Dans la fosse sus-épineuse droite, râles gargouillés; dans la fosse sous-épineuse, souffle, pectoriloquie aphone de timbre caverneux et ceci jusqu'à la pointe de l'omoplate.

A gauche, dans la fosse sus-épineuse, râles éclatants de gros volume.

Rien aux bases si ce n'est quelques râles sonores et mobiles à gauche.

RÉSUMÉ ET DIAGNOSTIC

Tuberculose bilatérale des sommets, ulcération à droite.

RÉFLEXIONS

L'affection pour laquelle le malade fut admis pour la première fois ne débuta pas d'une façon aussi franche que le veulent les auteurs auxquels on doit la description de la *fluxion de poitrine*. Cet homme n'était pas en parfaite santé lorsqu'il fut atteint de l'incident qui le força à cesser son travail. Depuis une année déjà, il toussait un peu, maigrissait et il avait vu, malgré son rude métier, son appétit diminuer ; deux fois de suite même il avait dû renoncer à ses occupations.

Toutefois, les symptômes actuels étaient ceux que l'on reconnaît à la fluxion de poitrine, aussi le diagnostic fût-il arrêté dans ce sens.

Peut-être que maintenant, plus avertis et connaissant mieux certaine physionomie de la tuberculose et certaine localisation initiale de cette maladie à la base du poumon, poserions-nous moins volontiers ce diagnostic ou tout au moins le ferions-nous suivre de quelques réserves quant à l'avenir.

De fait, lorsque nous revîmes ce malade deux ans environ après le premier séjour qu'il fit dans le service, il se trouvait porteur d'une tuberculose en évolution dont l'existence ne faisait aucun doute comme on a pu le voir à la lecture de l'observation.

De même que nous pûmes voir lors du second séjour dans la salle, la tuberculose évoluer chez ce malade par poussées pneumoniques, comme l'a bien décrit M. Tripier ; poussées se manifestant par une hausse de la température qui oscillant d'ordinaire

entre 37°5 et 38°5 se maintenait quelques jours au-dessus de 39° pour reprendre ensuite son rythme habituel à oscillations moyennes en même temps que des nappes de râles sous-crépitaunts de timbre métallique, de la submatité... etc., apparaissaient en certains points de l'un ou de l'autre poumon ; ces poussées arrivant plus ou moins facilement à la résolution sous l'influence d'une vésication intense pour finalement aboutir à l'ulcération du sommet droit. Ainsi, le syndrome clinique pour lequel nous vîmes pour la première fois ce malade et que nous qualifiâmes de *fluxion de poitrine* ne fut que l'un de ces processus pneumoniques par lesquels débute ou progresse la tuberculose pulmonaire. D'ailleurs il y eut en quelque sorte continuité entre la fluxion de poitrine et la tuberculose confirmée, la toux n'ayant jamais cessé dans leur intervalle.

**Processus tuberculeux de base
répondant au type dit
« Pleuro-Pneumonie »**

OBSERVATION VIII

DIAGNOSTIC

Pleuro-pneumonie de la base droite (avec épanchement symptomatique et poumon plongeant). — Pneumonie du lobe supérieur droit envahissant lentement le sommet de nature tuberculeuse.

Mol. André, 19 ans, garçon épicier, St-Irénée n° 15. —
Entrée : 1^{er} juin; sortie : 25 juin 1909.

Le malade entre à l'hôpital pour un point de côté à la base droite.

Pas d'antécédents héréditaires sauf que son père est mort alcoolique.

Personnellement il eut à l'âge de huit ans une fluxion de poitrine. Ensuite il eut une bonne santé. Célibataire. Pas d'éthylisme, pas de syphilis. Il tousse en général tous les hivers, il n'a jamais eu d'hémoptysie.

Cette année, la toux a persisté tout l'hiver et une partie de l'été jusqu'à ce jour, cependant il n'avait pas maigri, ni perdu ses forces et il put continuer son travail.

Il y a huit jours environ, le malade a pris une toux quinteuse, pénible, plus fréquente qu'auparavant mais sans expectoration. Trois jours plus tard il ressentait un point de côté à la base droite, douloureux seulement dans les inspirations profondes, il eut alors, des frissons répétés, de la céphalée, se sentit las et il vient à l'hôpital.

A l'entrée : le malade offre dans une certaine mesure, les attributs extérieurs qui caractérisent souvent les tuberculeux. Au visage, un fond de pâleur un peu cireuse mais la peau est trop blanche pour un homme. Joues rosées, un peu carminées; sourcils épais, cils longs, cheveux abondants et lustrés : les uns et les autres très noirs.

Il n'y a aucune oppression, mais de la courbature et de la céphalée; le point de côté persiste toujours mais moins marqué qu'au début. Il existe une toux granuleuse, sèche, survenant par quintes. *Pas la moindre expectoration.*

On remarque quelques traces d'herpès au bras.

Aux poumons. — Rien à noter du côté gauche.

Au poumon droit : En arrière : matité franche au sommet dans les fosses sus et sous-épineuses. Matité de la base tournant dans l'aisselle. Au sommet on note de l'exagération des vibrations avec disparition à la base. A cette base, on perçoit un léger flot. A l'auscultation des fosses sus et sous-épineuses, on entend un souffle tubaire continu aux deux temps. A ce niveau on ne perçoit pas le murmure respiratoire.

A la partie moyenne du poumon existe une zone d'obscurité presque absolue.

A la base, existe un souffle expiratoire de timbre plus bas, d'intensité moindre qu'en haut avec pectoriloquie aphone et bronchophonie. Marquant la limite entre ces deux régions sont des râles sous-crépitaux.

En avant : respiration intense, soufflante même sous la clavicule.

Cœur : pointe dans le V°. Bruits normaux. Pouls rapide, de tension faible.

Tube digestif: rien à signaler.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Température : 39°8.

3 juin 1909. — Le malade a une température de 39°2. Ce matin on lui observe tout de suite de l'herpès à l'état de croûte à la lèvre supérieure.

On remarque une *base offrant très nettement de la rétraction*. A ce niveau, les vibrations vont s'atténuant. Pas de flot net. Mais à la base et à un travers de main de la colonne apparaît un souffle à timbre pleurétique existant aux deux temps et qui s'élève jusqu'à l'angle de l'omoplate. A la partie supérieure de ce souffle apparaît l'égophonie qui n'existe pas en bas. Une obscurité du murmure presque totale règne dans toute cette surface de la base droite à la respiration calme ; mais dans la respiration forte ou tout au moins par la toux on fait apparaître dans la zone obscure des râles sous-crépitaux discrets et un peu lointains sur la ligne scapulaire, plus confluent, plus volumineux et plus humides à mesure que l'on se rapproche de l'aisselle.

Au-dessus de ce territoire de la base droite s'étend une zone de un travers de main où le murmure reparait sans bruits adventices.

Enfin, dans la fosse sous-épineuse droite et jusqu'à l'épine de l'omoplate on entend un souffle tubaire au niveau duquel il n'y a ni murmure respiratoire ni râles mais en auscultant avec soin, on se rend compte que le murmure revient à la partie supérieure, dans la fosse sus-épineuse, qu'il est intact dans la fosse sus-claviculaire droite et que sous la clavicule droite il y a même de la respiration supplémentaire.

A gauche : rien à noter, sauf que sous la clavicule, par l'expiration violente et par la toux on voit se produire au niveau du II^{me} espace une saillie en nappe, comme une véritable expulsion ou une hernie des parties molles.

La ponction exploratrice dans le VIII^{me} espace droit en arrière donne un liquide citrin.

6 juin. — Des modifications sont survenues au poumon

droit : la zone encore respirante entre la base et le sommet a disparu. Il y a en arrière trois zones successives :

1. — L'une, inférieure, avec souffle, râles sous-crépitaux discrets et un peu lointains, éclatants par place à la fin de l'inspiration. Le souffle dans cette zone est doux, lointain, aspiratif, bref, c'est un souffle pleurétique.

2. — Dans une zone intermédiaire, zone obscure aujourd'hui, existe de l'expiration soufflante, puis à mesure que l'on s'élève le souffle dans la fosse sous-épineuse prend un caractère tubaire. Pas de râles.

3. — Enfin dans une zone supérieure, existe toujours dans la fosse sus-épineuse comme dans la fosse sous-claviculaire, du murmure respiratoire sans râles.

Dans l'aisselle droite, il y a toujours des râles sous-crépitaux plus humides.

Aujourd'hui ; dixième jour de la maladie : la température esquisse une faible descente.

8 juin. — Le souffle pleurétique lointain s'entend jusque dans l'espace interscapulaire droit où est une belle égophonie. Puis il y a de l'obscurité dans toute la hauteur de la fosse sous-épineuse jusqu'à la fosse sus-épineuse où s'entend un souffle tubaire. Le murmure respiratoire a disparu aujourd'hui dans la fosse sus-épineuse droite. On l'entend cependant encore dans la fosse sus-claviculaire. On entend toujours au niveau de l'épanchement dans l'inspiration forte des râles sous-crépitaux très discrets et un peu lointains.

L'aisselle droite devient obscure. Les râles humides qui l'occupaient ne donnent plus qu'un petit foyer sur la ligne axillaire postérieure presque au niveau de l'angle de l'omoplate. La respiration diminue au-dessous de la clavicule droite.

La langue reste saburrale, avec empreintes dentaires.

La température dépasse en général 39° le soir.

Le point de côté de la base droite diminue.

10 juin. — La température du malade baisse lentement ; depuis deux jours elle n'atteint plus 39°. Aujourd'hui, on

fait une ponction dans le IX^e espace un peu en dedans de la ligne scapulaire ; elle est blanche même en prenant la précaution d'aspirer au moment de l'inspiration. Faites un espace au-dessus et sur la ligne scapulaire, on retire un liquide citrin.

L'examen cytologique fait immédiatement après centrifugation donne beaucoup de globules rouges, comme cellules blanches il y a presque exclusivement des lymphocytes, petits mononucléaires réduits aux noyaux et pour ainsi dire pas un seul polynucléaire.

Cependant à l'examen de cette base dans toute son étendue et jusque dans l'aisselle, les râles sous-crépitaux humides deviennent manifestement plus nombreux et plus volumineux. A la partie moyenne il y a toujours une zone d'obscurité totale sans râles ni souffle au niveau de laquelle les vibrations sont conservées mais non augmentées comme dans n'importe quel point de la hauteur de ce poumon. Au-dessus de cette zone moyenne obscure apparaît dans l'espace interscapulaire, à cheval sur la fosse sus-épineuse et sur la fosse sous-épineuse, sur une hauteur de sept à huit centimètres, un souffle tubaire surtout expiratoire avec broncho-égophonie ; les mots sont soufflés. Le souffle ne s'entend pas jusqu'à l'extrême sommet du poumon, mais là, le murmure respiratoire ne reparait pas encore. De même, la fosse sous-claviculaire droite est obscure mais sans souffle. Au niveau de la fosse sus-épineuse après la toux, on arrive à percevoir quelques râles humides.

15 juin. — La température continue à baisser lentement ; ce matin elle est de 37° 6. Il a été mis un topique dans l'espace interscapulaire le 10 juin. Fonctionnellement le malade se sent mieux. A l'auscultation, le murmure est revenu dans toute la hauteur des deux fosses sus et sous-épineuse et l'expiration n'est presque plus soufflante.

Mais la base droite reste toujours très mate, toutefois les râles humides y sont beaucoup plus nombreux.

26 juin. — La température est complètement tombée

depuis quarante-huit heures. Le thorax reste submate dans le tiers inférieur droit. Le murmure y est diminué mais s'entend jusqu'en bas sans râles. D'ailleurs le murmure respiratoire est diminué dans toute la hauteur de ce poumon droit et l'expiration reste bronchique dans l'espace inter-scapulaire au niveau des fosses sus et sous-épineuses.

Le malade part se reposer et achever sa convalescence à la campagne.

DISCUSSION

La lecture de l'observation d'une part, les considérations auxquelles nous nous sommes livrés par ailleurs, sur la pleuro-pneumonie, mélange de signes cliniques, de la pleurésie et de l'engouement pneumonique d'autre part nous dispenseront de faire de longs commentaires sur ce cas bien typique.

N'ayant pas d'autres antécédents pouvant être invoqués en faveur de la tuberculose qu'un père mort alcoolique et que les rhumes prolongés qu'il contractait les hivers d'une façon habituelle, ce malade frappait l'observateur par le type qu'il présentait du *prédisposé à la tuberculose*.

Les yeux grands, bien fendus et d'un éclat particulier, les cils longs et serrés ; le teint d'un blanc très pur et mat en opposition avec la teinte noire de jais des poils et des cheveux ; une rougeur des pommettes contrastant singulièrement avec la blancheur du front et du menton ; enfin une peau d'un grain tel, que beaucoup de femmes soignées ne peuvent s'en prévaloir, nous parurent dignes d'attention.

La question du faciès mise à part parce que assez aléatoire et exigeant une longue pratique de phlésiologie pour suggérer des conclusions plus scientifiques que celles auxquelles les gens du monde s'arrêtent d'ordinaire à la vue d'une physionomie plus ou moins singulière, nous mettrons en relief quelques points et ferons valoir les raisons d'ordre logique qui nous amenèrent à faire de ce malade un tuberculeux.

Il est intéressant de noter tout d'abord que le malade ne *présenta jamais la moindre expectoration*. Ce fait assez particulier s'était déjà montré à nous dans deux autres observations ; dans un des cas il s'agissait d'une congestion pulmonaire dite « idiopathique » (Obs. VI) ; dans l'autre, d'une spléno-pneumonie (Obs. XII), dans ce dernier cas, et cela pendant un mois ou deux au début de l'affection, il nous fut très difficile d'obtenir quelques crachats.

Le fait, pour être assez rare avait déjà été noté par Rénon (1), dans la congestion pulmonaire, la pleuro-pneumonie et la spléno-pneumonie ; cet auteur n'y attribue pas grande valeur mais il insiste sur la durée parfois longue de ces processus sans expectoration surtout quand ils accompagnent la grippe (?) ou lui succèdent.

Pour ce qui est de nous, cette absence d'expectoration ne laissait pas que d'être fâcheuse ; non que nous eûmes besoin de l'examen des crachats (la présence et l'aspect de l'expectoration étant cependant un signe

(1) RÉNON. — Sur un type de congestion-pulmonaire et pleuro-pulmonaire sans expectoration. — Société médicale des Hop., 17 mars 1899.

de la participation du poumon au processus pleuro-pulmonaire) pour arriver au diagnostic de la forme clinique de l'affection, les autres signes étant suffisamment caractéristiques ; mais il nous fut impossible de pratiquer l'examen bactériologique et ceci était une lacune regrettable.

Aussi bien, en l'absence de signes de certitude dûmes-nous raisonner par analogie, convaincus d'une part que l'on ne peut avec un seul malade si complet soit-il, avoir une idée d'ensemble de la maladie dont il ne représente jamais qu'un des aspects ; nous rappelant d'autre part que cet artifice de raisonnement nous avait bien servi dans d'autres cas aussi délicats. Nous avons ainsi raisonné pour le malade de l'observation (VI) et l'examen histologique nous donna raison presque en désespoir de cause.

De même pour ce cas de pleuro-pneumonie où, sauf l'habitus un peu spécial et la présence d'une affection pleuro-pulmonaire que rien d'autre que la tuberculose ne peut expliquer, nous n'avons rien de positif, posons-nous cependant l'*hypothèse de la nature tuberculeuse* du processus nous fiant à l'examen de cas identiques quant aux signes cliniques mais portant avec eux leur signature étiologique pour faire de cette probabilité une certitude.

C'est à deux de ces cas que se rapportent les observations suivantes.

OBSERVATION IX

DIAGNOSTIC

*Pleuro-pneumonie tuberculeuse de la base droite. —
Phlébite de même nature du membre inférieur
droit.*

Chat.. Charles 21 ans, mécanicien. Entrée : 8 mai ; sortie : 9 août 1909. — Saint Irénée N° 17.

Le 8 mai. — Le malade entre pour de la faiblesse générale et de la céphalée.

Antécédents héréditaires : Ne connaît pas ses parents. Au point de vue personnel : N'a pas eu de maladies étant enfant sauf qu'il souffrait fréquemment du ventre. Célibataire. Pas de syphilis ni d'ethylisme. Se porte bien d'habitude et ne tousse pas les hivers. Il y a deux mois, il prit un rhume qui s'accompagna de mal de gorge mais ne lui fit interrompre son travail qu'un seul jour.

L'affection actuelle a débuté il y a quinze jours. Le malade *dit avoir pris froid* ; avoir eu quelques frissons, puis il souffrit de la tête et eut de la courbature lombaire. Il a toussé quelque peu, de plus il souffrait de la gorge et alla voir un médecin pour ces deux motifs. Pendant les huit premiers jours, il put continuer son travail mais ensuite, la lassitude générale est devenue plus considérable il fut obligé de s'aliter ; il y a de cela huit jours.

A tous les symptômes précités, il faut ajouter que le malade a souffert du ventre, il n'a pas eu de diarrhée. Et a continué à s'alimenter tous ces jours-ci.

Pas d'épistaxis, *de temps à autre des frissons*, et point douloureux au niveau de l'épaule droite au moment de la

toux. *Amaigrissement notable. Actuellement* : malade un peu pâle, pas très amaigri-répondant bien aux questions, se plaignant de souffrir de la tête et de courbatures lombaires, cependant il se trouve mieux que ces jours derniers.

La langue est légèrement saburrale, pas d'ulcération du voile ni des amygdales. La peau de l'abdomen présente quelques sudamina. Pas de taches rosées. L'abdomen n'est pas ballonné. On relève une légère douleur dans la fosse iliaque droite mais pas de gargouillement. *La rate paraît grosse* elle donne une matité notable ; on peut trouver son pôle inférieur dans les grandes inspirations.

Aux poumons. — Fonctionnellement, on peut noter que le malade tousse fort peu.

Poumon gauche. — Rien à noter.

Poumon droit. — Submatité très légère du sommet en avant et en arrière avec exagération des vibrations. Inspiration rude. Expiration prolongée et un peu soufflante. La toux retentit légèrement.

Pas de râles ni de craquements.

Rien à noter au cœur. Pouls régulier à 88.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Température 38° 5.

11 mai 1909. — Depuis deux jours, le malade se plaint d'un point de côté à la base droite. De fait, la température a marqué une ascension à 39° 6 pour redescendre ce matin à 38° 5. *La base droite est nettement submatée* sans disparition des vibrations, sans flot, sans souffle. La respiration y est très atténuée, et semble-t-il, surtout par la douleur. *Toutefois on peut y entendre le murmure respiratoire* sauf peut-être dans le dernier quart de la hauteur. Enfin, depuis ce matin, le malade a des crachats hémoptysiques spumeux non douteux.

L'amaigrissement est rapide.

13 mai. — Au point de vue local, général comme au point de vue hémoptysie, la situation est la même ; on doit

noter une sonorité à timbre skodique aussi marquée à gauche sinon plus qu'à droite en avant.

15 mai. — La température s'est légèrement abaissée depuis deux jours et cependant les crachats sanglants persistent, ils paraissent aujourd'hui plus gommeux et moins spumeux. Le malade signale une douleur au point épigastrique que réveille un peu la pression, douleur sans extension ni à gauche ni à droite et sans propagation dans les derniers espaces intercostaux.

La moitié inférieure du poumon droit garde une *matité qui va en augmentant vers la base*. Vibrations *diminuées mais non abolies*. La respiration semble s'entendre plus bas et l'obscurité réelle ne règne que sur une hauteur de cinq à six travers de doigts ; et *même dans cette zone obscure on perçoit des bulles rares de temps à autre* et en se dirigeant vers l'aisselle, les râles sous-crépitaux deviennent de plus en plus nombreux.

Les sommets revus en avant et arrière, à droite comme à gauche n'offrent sûrement rien à noter.

Les sudamina ont disparu.

La matité splénique est douteuse sur deux ou trois travers de doigt ; on ne perçoit plus la rate à la palpation.

18 mai. — Depuis trois jours, la température est descendue de 1 degré, c'est-à-dire qu'elle oscille entre 37° 9 et 38° 8. Le point de côté a disparu ; le malade se sent mieux, il s'alimente.

Hier, les crachats étaient encore hémoptysiques mais de plus en plus gommeux, adhérents et moins aérés.

Les vibrations sont nettement exagérées sous la clavicule droite ; la voix retentit davantage à ce niveau *L'ampliation thoracique est moins marquée à droite qu'à gauche* dans la région sous-claviculaire pendant l'inspiration.

Le point de la base droite a disparu. Aucun bruit adventice à noter ni au-dessus ni au-dessous. Même augmenta-

tion des vibrations dans la fosse sus-épineuse même retentissement de la voix.

Rien d'autre à noter.

A la base droite, persiste la même matité qui commence à l'angle de l'omoplate et *va en s'accroissant, mais même en pleine matité, les vibrations sont conservées* mais toutefois nettement diminuées. Les espaces intercostaux inférieurs sont encore un peu douloureux en avant. Depuis le dernier examen, l'obscurité respiratoire s'est très nettement accentuée du moins près de la colonne vertébrale ; cette obscurité va s'abaissant quand on se dirige de la colonne vers l'aisselle. Cette obscurité est surmontée entre la ligne scapulaire et la ligne moyenne de l'aisselle par une zone de râles sous-crépitaux assez gros qui apparaissent dans les fortes inspirations et surtout après la toux.

Le malade garde une matité splénique nette de trois à quatre travers de doigt, sur la ligne axillaire. Mais il faut noter que l'hémithorax gauche par suite d'une déformation congénitale sous-mammaire (dépression) est assez réduit dans le sens transversal.

Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

21 mai. — Le malade se plaint d'une douleur dans le mollet droit depuis hier.

On constate que la jambe droite est le siège d'un œdème blanc, mou, avec douleur à la palpation du mollet, du creux poplité et sur le trajet de la saphène. La température s'est élevée progressivement.

26 mai. — Le malade ne se plaint plus spontanément que d'une douleur à la cuisse et de fait, l'œdème a déjà diminué au pied. L'œdème se localise à la cuisse dont il a tuméfié la face interne et il a presque comblé la dépression du triangle de Scarpa.

Le malade ne tousse plus.

La température tend à redescendre depuis trois jours.

29 mai. — La température s'abaisse ; le malade se trouve mieux ; depuis les dernières vingt-quatre heures elle se

tient entre 37° et 38°. L'œdème sans avoir complètement disparu à la jambe prédomine nettement à la cuisse. La toux a disparu totalement.

La base droite reste très mate.

Flot à une main. Murmure respiratoire complètement aboli à l'extrême base. Egophonie très nette. Souffle lointain expiratoire.

6 juin. — L'œdème de la cuisse droite a presque disparu. La matité de la base droite se limite aux trois derniers espaces intercostaux. A la respiration calme, ces trois derniers espaces sont obscurs; après la toux, on y entend des râles sous-crépitaux fins, comme de déplissement. Il n'y a plus de souffle pleurétique. Depuis trois jours, la température est au-dessous de 37° et la courbe tend à descendre encore.

17 juin. — Le 8 juin est apparue une douleur au genou droit; les culs-de-sac paraissent tendus et sont légèrement douloureux. Le malade insiste encore aujourd'hui sur la persistance de la dysphagie pharyngienne (signalée à l'entrée). Pour la première fois, on voit au sommet de son amygdale droite une ulcération cratériforme, à parois irrégulières et un peu bourgeonnantes.

24 juin. — Depuis quatre jours le malade se plaint d'un point douloureux sur la ligne axillaire postérieure gauche. Aujourd'hui, il semble net que cette base sonne moins bien que normalement; qu'il y a de l'obscurité dans une portion intermédiaire à la colonne et à l'aisselle. A ce niveau, il n'y a que de l'obscurité, mais pas de râles, pas de souffle.

13 juillet. — Il y a six jours, le malade a eu des frissons, une forte ascension thermique à 40° et se plaint de souffrir à la déglutition. A l'examen on trouve de gros placards pulsatiles à l'extrémité supérieure de l'amygdale gauche avec rougeur diffuse de la gorge et teinte lie de vin du pilier antérieur gauche. La dysphagie persiste encore, la température est descendue progressivement; elle est de 37° ce matin.

15 juillet. — Les ulcérations de l'amygdale sont détergées, la température n'est pas remontée. Toutefois, il reste sur les deux amygdales des ulcérations d'allure torpide à fond rougeâtre. Le malade se plaint d'une douleur modérée dans l'oreille gauche, et cependant l'amygdale droite présente une ulcération très analogue à celle siégeant sur la gauche.

24 juillet. — L'ulcération de l'amygdale gauche est complètement cicatrisée. A droite, le sommet de l'amygdale reste creusé d'une petite cavité infractueuse mais ne paraissant plus véritablement dépourvue d'épithélium.

Le malade constate que la marche fait enfler sa jambe droite et que le genou conserve encore de la raideur.

9 août. — Le malade part en convalescence à Longchène.

Chez ce malade, dont l'observation est typique au point de vue pleuro-pneumonie, nous relevons plusieurs faits qui établirent notre conviction de la nature tuberculeuse du processus.

Ce furent des hémoptysies, une phlébite et un état thyphique des plus prononcé, au moins au début de l'affection.

Lors de l'admission de cet homme dans le service, le diagnostic ne laissait pas que d'être difficile, et de prime abord, l'impression résultante était celle de dothiéntérie; l'interrogatoire fut dirigé dans ce sens, comme on peut le voir à la lecture de l'observation.

L'affection ayant débuté une quinzaine de jours auparavant, ce qui dominait surtout parmi les symptômes, était de l'amaigrissement notable, de la lassitude avec courbature lombaire et céphalée persistante; que l'on joigne à cela une anorexie presque absolue, un

état de prostration accentué, une rate perceptible à la palpation, une température entre 38°5 et 39°2 avec un pouls à 88 sans que l'on trouva du côté des viscères et du poumon en particulier rien de suffisant pour expliquer cet état assez alarmant et l'on conviendra que le diagnostic de fièvre typhoïde pouvait être discuté.

Il le fut, et il fallut que se produisît à ce moment la localisation pulmonaire dont il est question pour que l'hésitation cessât.

Le but de ce travail étant moins de discuter la forme anatomique de la tuberculose basale, ceci étant d'ailleurs malaisé sans preuves décisives (nous voulons dire sans examen histologique), que de *mettre en évidence cette localisation à la base même du poumon*, nous ne chercherons pas à faire entrer ce cas dans telle ou telle forme de la classification de Bard. C'est dire que nous ne verrions pas grand inconvénient par exemple à ce que l'on nous reprochât notre diagnostic de pleuro-pneumonie (qui ne préjuge de rien) et que l'on y substituât celui de « granulie discrète » de Bard et Pallard, forme dans laquelle les hémoptysies sont très rares et dont il resterait à faire la preuve.

Nous désirons simplement insister sur ce fait : *qu'avec des sommets indemnes de tuberculose actuelle ou ancienne*, ce malade fut atteint *dans sa base pulmonaire droite*, puis *dans sa base gauche* (moins sévèrement, il est vrai) par un processus inflammatoire qui fut signé, entre autres symptômes, par des *hémoptysies* et une *phlébite*.

Certaines affections cardiaques, quelques maladies

rare du poudons éliminées, et cela fut fait chez notre malade sans difficultés, nous ne voyons rien d'autre que la tuberculose qui puisse expliquer ces petites hémoptysies. « Admettez, si vous le voulez, qu'il y ait « des hémoptysies non tuberculeuses. Mais quand un « malade a craché du sang, soignez-le pendant plu- « sieurs mois comme un tuberculeux. » (Plicue.)

Nous irons même plus loin, et nous dirons que si ces hémoptysies contribuèrent puissamment à nous montrer l'étiologie de l'affection, elles vinrent de plus tout à fait à propos nous révéler la *poussée de pneumonie hémorragipare* (cause de la réaction pleurale) qui fut pour ce malade sa façon d'entrer dans la tuberculose.

Enfin, si ce malade eut la bonne fortune de localiser sa tuberculose, et de la localiser dans une région du poudon qui semble se défendre mieux que toute autre; il n'en est pas moins que l'imprégnation fut assez intense pour se traduire d'abord par un état typhique prononcé puis par une *phlébite* qui se montra et évolua de manière ordinaire au cours de l'affection.

Si la phlébite est peu fréquente dans la tuberculose pulmonaire et ne s'y voit d'habitude qu'à la période d'hecticité, les auteurs cependant en ont cité d'assez nombreux exemples soit comme phénomène prodromique de la tuberculose (Hirtz), soit dans la granulie (Ball). Elle se voit d'autre part quelquefois dans le rhumatisme, mais celui-ci peut être tuberculeux (Poncet), dans les chloroses fébriles (Vaquez) mais elles ont souvent la même origine.

Nous concluderons de ceci : que ce malade vient fort heureusement, par les différents incidents dont fut

émaillée son affection pulmonaire de base, compléter l'observation du malade précédent, chez lequel ces incidents firent défaut. Il nous montre aussi, ce qui est une vérité banale mais parfois oubliée, que deux organismes réagissent plus ou moins fortement, mais en tout cas chacun à sa manière à une *même infection*, laissant apprécier les difficultés de la Clinique aussi bien que la vanité des classifications.

OBSERVATION X

DIAGNOSTIC

Pleuro-pneumonie de la base droite. — Sommet droit douteux (à revoir). — Tuberculose à forme migratrice procédant par poussées pneumoniques arrivant à résolution. — Six mois d'évolution. — Forme de spléno-pneumonie de Grancher.

L. P., boulanger, 22 ans. — Saint Irénée, 9.

Entré : 8 janvier 1907. — Sorti : 20 mai 1907.

Ce malade entre à l'hôpital parce qu'il tousse et qu'il a un point de côté à la base droite.

A ce point de vue des antécédents héréditaires, il n'y a rien à signaler ; pas de tousseurs dans sa famille.

Personnellement : a fait un an de service militaire à Epinal (exempté par un frère sous les drapeaux).

Pas de maladies vénériennes.

Durant une année et demie avant de partir au service, il buvait beaucoup : trois litres de vin par jour, plus trois ou quatre absinthes et quelques petits verres. Pendant le même temps, se trouvant à Paris il usa beaucoup de la vie, passait les nuits sans dormir faisant néanmoins son travail pénible de boulanger. C'est le surmenage dit-il qui l'a rendu malade.

L'affection a débuté il y a deux ans par une pleurésie gauche, soignée durant deux mois par des vésicatoires. Le malade dû à cette époque garder le lit pendant 15 jours.

Cette pleurésie passée, il recouvrit la santé, mais il demeura moins vigoureux qu'auparavant ; alla reprendre à la campagne son état de boulanger. Il ne toussait pas.

Au mois d'août dernier, étant au régiment, il eut une

bronchite généralisée, ou du moins une affection qualifiée telle, qui nécessitât un séjour de 45 jours à l'hôpital militaire.

Après sa libération, il passa un mois auprès de ses parents pour se remettre; puis revint à Lyon exercer son état. Depuis le mois d'août, il avait maigri, perdu ses forces, tout en ayant conservé l'appétit et il eut de la peine à exercer son métier. Il était facilement oppressé.

Le 4 janvier dernier, à la suite d'un refroidissement il eût des frissons, un point de côté à la base droite en arrière et une oppression plus vive qui le décidèrent à entrer à l'hôpital.

À l'entrée, on se trouve en présence d'un malade au facies vultueux, rouge; les lèvres sont cyanosées. Dyspnée marquée (56 respirations à la minute). Pouls à 92.

L'examen des poumons montre :

En avant : à gauche, sonorité un peu augmentée et respiration du type supplémentaire. À droite : submatité sous la clavicule; un peu d'exagération des vibrations vocales. À l'auscultation, on note de l'obscurité respiratoire, sans râles, un peu d'éclat de la voix et de la toux; ces signes se retrouvent dans la fosse sus-claviculaire.

En arrière : du côté gauche, dans le tiers inférieur du poumon, la sonorité est à peu près conservée; la respiration est bien perçue avec addition de gros râles muqueux aux deux temps et très confluent à la base. Dans la fosse sus-épineuse ces râles disparaissent et montrent la respiration avec ses caractères normaux.

Du côté droit, les signes sont tout autres : il existe une matité à peu près absolue à la base à partir d'un point situé à un travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate; les vibrations sont diminuées mais subsistent. Dans toute cette zone, le murmure vésiculaire est très diminué d'intensité et à peu près complètement absent à l'extrême base. On ne perçoit de souffle en aucun point même après la toux. On entend seulement quelques râles sous-crépitaux à la fin

des grandes inspirations et plus abondants dans l'aisselle où l'obscurité respiratoire se poursuit jusqu'à la ligne axillaire antérieure.

Dans la moitié supérieure de ce même poumon droit, la respiration est pure mais encore atténuée.

Dans la fosse sus-épineuse, la respiration se montre faible à l'inspiration, plus forte à l'expiration qui paraît légèrement souffiante.

L'expectoration est surtout muqueuse, très aérée avec un seul crachat ambré; quelques stries de filets de sang rouge.

Au cœur, les bruits se montrent bien frappés, réguliers sans tachycardie.

Langue étalée, encore humide, pas de troubles digestifs, un peu de constipation ces derniers jours.

Les urines contiennent un disque d'albumine nuageux assez dense (il faut noter que ces urines ont été vues après l'application d'un premier vésicatoire et non avant).

La température qui était de 39°8 le soir de l'entrée s'est maintenue le lendemain à 39°6 et 39°7 pour tomber brusquement le surlendemain matin à 37°8.

10 janvier 1907. — L'expectoration se présente aujourd'hui dans le crachoir sous forme de gros crachats la plupart muqueux, avec filets blancs jaunâtres, il en existe d'assez nombreux contenant des filets de sang rouge.

Le visage est beaucoup moins vultueux, la respiration est à 36-40, le pouls à 72.

La nuit dernière, le malade a eu de grandes sueurs.

Ce matin il existe toujours un peu de tympanisme sous la clavicule droite avec une légère diminution du murmure vésiculaire dans la fosse sus-claviculaire droite. Des râles sous-crépitaunts humides assez fins règnent toujours dans le tiers inférieur du poumon gauche.

A la base droite on trouve toujours une obscurité respiratoire mais sans râles. Il n'y a toujours ni souffle, ni égo-phonic. Les vibrations sont atténuées au niveau de la zone

mate mais ne sont certainement pas aolies ; il n'existe pas de flot pleurétique.

Le malade ne se plaint plus de son point de côté.

Le malade se plaint de l'hypogastre ; il a eu quelques difficultés pour uriner, les urines sont ombrées, non sanglantes. Le vésicatoire appliqué hier à la base droite était de dimension exagérée et il semble bien s'agir de douleurs vésicales cantharidiennes.

11 janvier 1907. — La température est remontée depuis hier soir et atteint ce matin 39°9 sans que le malade signale de nouveau point thoracique et sans qu'on trouve à l'auscultation (qui d'ailleurs ne peut être très soigneuse en raison de la vésication) aucun bruit de souffle ni de foyer de râles nouveau.

12 janvier. — La température s'est maintenue au-dessus de 39°5 et vient de montrer hier et ce matin une tendance au type inverse.

Le malade signale une douleur légère dans le flanc droit.

Respiration 44, pouls 88 seulement.

15 janvier. — Le malade est subdélirant, les pupilles égales réagissent bien à la lumière ; les axes visuels sont parallèles. Pas de raideur à la nuque.

Le sommet droit se met à moins bien sonner, dans la fosse sus-épineuse est apparu un souffle respiratoire presque tubaire et le murmure y est très affaibli. La matité va toujours en augmentant au fur et à mesure que l'on descend. Le murmure déjà diminué au niveau de la fosse sous-épineuse est cependant encore présent mais à ce niveau on entend des râles discrets éclatant difficilement plutôt humides et que l'on perçoit encore même en pleine matité jusqu'au niveau de l'angle de l'omoplate. Près de la colonne vertébrale on entend encore la respiration et même des râles humides discrets jusque dans le dixième espace intercostal et d'ailleurs beaucoup plus en dehors et en pleine matité, au sthétoscope on a encore un léger mur-

mure vésiculaire et des râles. De fait, les vibrations, atténuées il est vrai, se perçoivent encore sauf peut-être dans le quart le plus inférieur du poumon et dans les parties latérales.

Une ponction exploratrice pratiquée dans le huitième espace mais très en dehors permet de retirer un liquide citrin, sans grumeaux et absolument transparent.

En avant, le malade étant à demi couché la matité ne commence qu'à deux travers de doigt au-dessous du mamelon et paraît d'ailleurs appartenir au foie. En réalité, le murmure vésiculaire s'entend à ce niveau et il y a même du tympanisme et de la respiration supplémentaire sur la face antérieure de ce poumon.

L'expectoration assez abondante n'a pas le caractère pneumonique, elle est constituée par de gros crachats muco-purulents à peine adhérents.

Le malade a eu un point de côté assez violent qui a nécessité l'application de ventouses et de sinapismes. Les derniers espaces intercostaux ne sont pas douloureux en avant mais les deux phréniques sont très sensibles au cou.

La diminution de la sonorité sans souffle; les râles au niveau de la base gauche persistent comme l'autre jour jusqu'à l'angle de l'omoplate avec une légère diminution toutefois.

17 janvier. — Respiration 36-40, pouls 88.

Dans la fosse sus-claviculaire droite, le murmure est nettement diminué; on trouve de la résistance au doigt à la percussion de la fosse sus-épineuse droite, à ce niveau, respiration bronchique à l'expiration, murmure très diminué, presque absent, retentissement de la voix. Puis, réapparition du murmure normal jusqu'à l'angle de l'omoplate où recommencent des râles sous-crépitaux humides. Ce n'est que dans le quart inférieur du poumon que l'on a une disparition totale des râles, du murmure vésiculaire et de tout bruit respiratoire. Mais, comme la veille, la matité remonte beaucoup plus haut que la disparition des bruits.

Le délire ne s'est pas accentué.

La température reste en plateau.

Pas d'albumine dans les urines.

La base gauche est dans le même état qu'au dernier examen.

19 janvier.— Avant-hier, on a appliqué un vésicatoire au centre de la trace de l'ancien mais moitié moins grand, et cependant hier soir le malade éprouva une grande difficulté pour uriner et l'on nota un gros disque d'albumine.

Ce matin, il y a encore quelques difficultés à la miction, mais l'albumine a complètement disparu.

Le souffle du sommet droit est toujours très intense, sans râles.

22 janvier. — Il existe une grande diminution du murmure vésiculaire, mais sans râles dans la fosse sus-claviculaire droite. De la submatité commence dans la fosse sus-épineuse de ce même poumon et va en s'accroissant jusqu'à devenir de la matité complète à l'extrême base. A la partie moyenne de ce poumon il y a toujours une zone respirante.

A l'auscultation, il n'y a qu'à l'extrême base, et sur une surface large comme le creux de la main, que l'on trouve une zone complètement silencieuse, mais tout autour de celle-ci commencent à apparaître des râles humides difficiles à faire éclater par la toux et les inspirations fortes.

Urines : pas d'albumine.

Des crachats rouges ont reparu aujourd'hui dans le crachoir.

24 janvier. — Dans le crachoir, l'expectoration continue à être émaillée de crachats franchement rouges.

26 janvier. — Respiration, 44.

On constate que l'augmentation thoracique est manifestement diminuée à droite. Avant-hier le malade a eu un violent point de côté sous le sein gauche. Il est en effet apparu à la base gauche. Dans la moitié inférieure du poumon, depuis la colonne vertébrale jusqu'à la ligne axillaire pos-

térieure, un souffle tubaire, mais il existe encore, éclatant sous l'oreille et jusqu'à l'extrême base, des râles sous-crépitaux fins.

Du côté droit, on note une amélioration sensible. En premier lieu, le souffle expiratoire des fosses sus et sous-épineuses a complètement disparu, le murmure vésiculaire est réapparu ; en second lieu, à la base, les râles humides fins qui entouraient la zone de matité ont augmenté de volume, et maintenant jusqu'à l'extrême base il y a de gros râles humides.

L'impulsion cardiaque est assez bonne ; le pouls à 32 et la température depuis hier matin tendrait à descendre d'une façon continue, elle est ce matin à 38° 8.

Pas d'albumine dans les urines.

28 janvier. — Hier matin, l'extrême base gauche étant devenue obscure, les râles moins nombreux et par contre remontant plus haut on fait appliquer un vésicatoire en ce point. Ce matin, le malade dit que le point a disparu, le visage est moins coloré. Le pouls est un peu flasque tout en restant à 94-96 aussi donne-t-on un peu d'alcool et de teinture de digitale.

30 janvier. — La fosse sus-claviculaire est toujours obscure ; rien de particulier sous la clavicule. La base droite est toujours le siège d'une grande obscurité avec des râles humides à peu près jusqu'à la partie moyenne.

Près de la colonne vertébrale, au niveau de la fosse sous-épineuse droite, on note : de la résistance au doigt, de la submatité, le murmure est un peu revenu.

Du côté gauche ; à la base, des râles d'assez gros volume sont apparus dans le bloc densifié, et malgré un souffle siégeant à la partie moyenne de ce poumon, il semble bien qu'on perçoit du murmure vésiculaire çà et là. Mais à l'union du quart inférieur et du quart sus-jacent, près de la colonne, on trouve sur une largeur de deux travers de doigt et sur une hauteur de quatre des râles gargouillés indubitables.

En même temps, hier et avant-hier, les oscillations thermométriques semblent vouloir agrandir leur amplitude. Le crachoir aujourd'hui présente une expectoration sanglante plus abondante.

19 mars. — Le malade présente, depuis quatre ou cinq jours, trois ou quatre selles diarrhéiques par vingt-quatre heures; le seul endroit douloureux de l'abdomen siège au niveau de la vésicule.

21 mars. — La température en général s'abaisse en faisant des plateaux successifs. La diarrhée a été arrêtée hier par la potion classique. Le dernier plateau de la courbe thermométrique oscille entre 37° 6 et 38° 8 environ.

L'expectoration est aujourd'hui gommeuse, assez adhérente, avec filaments épais, louches, encore translucides, d'un jaune safran.

A l'examen du poumon on note :

Au poumon gauche, en avant, il existe de la submatité à partir du deuxième espace jusqu'au mamelon, alors que le premier espace offre un peu de tympanisme. Au niveau de cette submatité, il n'y a pas d'augmentation des vibrations, pas de retentissement de la voix. A l'auscultation on perçoit dans les deux premiers espaces des râles sous-crépitaux fins ou humides de divers calibres à timbre métallique avec expiration bronchique. Au-dessous, cette même expiration bronchique s'entend, mais le murmure vésiculaire existe à ce niveau, bien que de temps à autre se perçoivent des râles volumineux, métalliques et même gargouillants.

(Il est à noter que, à l'occasion de deux ou trois auscultations pratiquées dix à douze jours auparavant, on avait trouvé sous cette même clavicule gauche et près du sternum un souffle à timbre élevé tout à fait analogue à un souffle pleurétique.)

Dans la fosse sus-claviculaire gauche, le murmure reprend son moelleux.

La base gauche en arrière a subi une légère rétracta-

tion ; il existe un méplat sur la ligne scapulaire et l'angle axillaire des côtes a augmenté d'acuité.

Enfin, si à la percussion profonde, le son hydroaérique de l'estomac remonte d'un bon travers de main en arrière dans le thorax, il n'en est pas moins certain qu'à la percussion superficielle ces deux bases sont submates.

Toujours du côté gauche mais en arrière, au sommet la sonorité est bonne il existerait même un certain tympanisme dans la fosse sus-épineuse. Au-dessous de cette respiration de suppléance on trouve dans la partie moyenne un souffle aux deux temps de la respiration, souffle doux à timbre pleurétique et paraissant lointain étendu à tout le tiers moyen.

Dans le tiers inférieur, le murmure devient de plus en plus obscur, les râles de plus en plus difficiles à percevoir, sans disparition totale de la respiration cependant, vers l'aisselle, des râles de plus en plus humides et volumineux reparaissent et tournent en avant.

L'examen du poumon droit fait voir qu'en avant tout est normal au-dessus et au-dessous de la clavicule. En arrière, dans les fosses sus et sous-épineuses le murmure vésiculaire est un peu réduit mais sans râles avec expiration bronchique lointaine. Dans le tiers ou le quart inférieur il y a une réduction beaucoup plus marquée du murmure avec râles bulleux et quelques râles musicaux éclatant difficilement.

27 avril. — A gauche, dans la fosse sus-épineuse on trouve de l'expiration bronchique avec des râles humides inspiratoires à grosses bulles peu métalliques. Dans la fosse sous-épineuse, les bulles sont plus humides et ces bulles deviennent de plus en plus nombreuses et de plus en plus éclatantes tout en restant de gros volume au fur et à mesure que l'on descend, mais le murmure vésiculaire s'atténue pour disparaître totalement ainsi que les râles précédents dans les trois derniers espaces en arrière et en bas.

Au poumon droit, dans la fosse sus-épineuse, on a un souffle expiratoire lointain, le murmure est presque aboli, il existe des bulles humides mais sans timbre métallique. Puis le murmure reparaît de plus en plus marqué dans la fosse sous-épineuse au fur et à mesure que l'expiration bronchique lointaine disparaît; puis de nouveau le murmure s'atténue au fur et à mesure que l'on descend pour disparaître complètement ainsi que les râles lorsqu'on arrive dans la zone de densification de l'extrême base.

Si l'on pratique l'examen de la partie antérieure des poumons on constate :

Sous la clavicule gauche de gros râles métalliques éclatants vraiment caverneux s'entendant dans les trois premiers espaces avec légère augmentation des vibrations vocales, pas de voix caverneuse ni de pectoriloquie aphonette. Au dessus de la clavicule il y a de grosses bulles humides avec persistance du murmure.

Du côté droit, il existe de la rétraction de la fosse sous-claviculaire avec ampliation thoracique à gauche; dans cette fosse sous-claviculaire le murmure est presque absent, il n'y a pas de râles. Le creux sus-claviculaire est aussi réduit de dimension par rapport au côté gauche, par obliquité plus grande de la clavicule qui fuit très rapidement en arrière.

La température oscille maintenant entre 37°4 et 38°2. Le malade réengraisse lentement. Les crachats gardent l'aspect de grosses mucosités, adhérents, ombrés par place et offrant des traînées louches comme fragmentées.

4 mai 1907. — Le topique mis le lendemain du précédent examen sous la clavicule gauche a eu une action on ne peut plus manifeste. A en juger non seulement par les sensations du malade mais encore par l'auscultation d'aujourd'hui. On constate en effet nettement que le murmure est revenu presque avec tout son moelleux. Les râles à timbre métallique et gargouillé ont disparu.

D'ailleurs on retrouve encore en arrière surtout vers les

bases, notamment à gauche et un peu moins à droite des râles bulleux, humides et assez mobiles.

7 mai. — Depuis une huitaine de jours, le malade souffrant de la région anale on fait un examen et l'on constate sur le bord postérieur de la marge de l'anüs une fissure infundibuliforme ; d'ailleurs le fait, de déplisser l'anüs amène un léger écoulement sanguin.

11 mai. — Bien que depuis deux ou trois jours la température oscille entre 38° et 38°6 le malade demande à sortir affirmant qu'il ne se sent plus malade.

On pratique un dernier examen : le poumon droit sauf un peu de diminution du murmure au sommet et quelques râles humides, à l'extrême base ne présente rien autre de saillant. Au poumon gauche, vers l'angle de l'omoplate apparaît un souffle inspiratoire et expiratoire assez doux à caractère lointain sans disparition du murmure du moins totalement. Mais c'est surtout dans la partie moyenne de ce poumon que s'accumulent le souffle, la broncho-phonie, la pectoriloquie aphone avec persistance des vibrations vocales.

En avant, on trouve des râles humides sous la clavicule gauche avec un peu de submatité ; d'ailleurs le malade signale que depuis deux ou trois jours il a repris un point dans l'aisselle gauche.

20 mai. — Le malade quitte l'hôpital pour la campagne.

DISCUSSION

Il est impossible de dégager de la lecture de cette observation très longue et prise à vrai dire au jour le jour, les faits essentiels si l'on ne résume pas brièvement et en retenant seulement les grandes lignes, l'évolution de l'affection.

Nous avons divisé en trois périodes, certaine-

ment artificielles, puisque la maladie n'est jamais schématique, l'histoire de cette affection pulmonaire.

Dans la première il y avait intégrité du poumon gauche et début de pleuro-pneumonie à la base droite ; dans la seconde, évolution du processus à droite et envahissement de la base gauche par la tuberculose ; dans une troisième période enfin, il y eut guérison à droite et amélioration manifeste du côté gauche.

Première période

Poumon gauche. — *Sommet* : Respiration de suppléance.

Base : Sonorité bonne. Respiration bonne. Râles muqueux sans caractères.

Poumon droit. — *Sommet* : Vibrations augmentées. Submatité. Obscurité. Eclat de la voix. Pas de râles. Respiration atténuée.

Base : Submatité à partir de la pointe de l'omoplate allant en augmentant de haut en bas. Murmure diminué, presque absent tout à la base. Quelques râles sous-crépitants, plus gros dans l'aisselle. Pas de souffle, pas de signes d'épanchement. Respiration 56. Pouls 92. Température 39°8 à 37°8. Point de côté à droite. Crachats muqueux, aérés, avec quelques filets rouges.

En résumé : *Poumon gauche* en état d'intégrité.

Poumon droit avec sclérose au sommet et engouement à la base.

Deuxième période

Poumon gauche. — Même état qu'à l'entrée. C'est-à-dire râles sous-crépitants humides dans le tiers inférieur mais mobiles et ne s'accompagnant pas de signes à la percussion.

Poumon droit. — *Sommet* : Murmure très affaibli. Résistance au doigt. Souffle tubaire expiratoire dans la fosse sus-épineuse.

Partie moyenne : — Zone respirante avec râles mobiles.

Base : Submatité devenant matité à l'extrême base. Vibrations atténuées et râles lointains. Matité remontant plus haut que la disparition des bruits (signes de pleuro-congestion). Ponction positive (liquide citrin). Diminution de l'ampliation thoracique.

En résumé : Poumon gauche en état d'intégrité.

Poumon droit : Bloc de densification pulmonaire à la partie inférieure, environné d'une zone engouée, le tout plongeant dans un liquide peu abondant.

Etat grave. Subdélire. Température élevée à oscillations. Crachats muco-purulents à peine adhérents avec quelques stries de sang rouge.

Troisième période

Poumon gauche : Sommet, en avant, submatité. Expiration bronchique. Souffle à timbre élevé. Râles métalliques et même gargouillants. Puis, au bout de quatre mois, le murmure reparait de plus en plus ma-

nifeste, les râles perdent leur éclat métallique, deviennent mobiles et il ne reste plus qu'un peu de submatité. En arrière : respiration satisfaisante d'abord, puis ensuite expiration bronchique, râles métalliques. Enfin, réapparition du murmure, et finalement il ne reste plus qu'un peu de submatité.

Base : Dans la moitié inférieure du poumon, submatité, puis matité à la base ; autour du bloc densifié, râles sous-crépilants ; au-dessus, souffle tubaire. Obscurité presque absolue. — Peu à peu, l'air reprend possession de cette base, les râles deviennent plus gros, prennent un timbre gargouillé, deviennent mobiles pour disparaître. Il existe de la pectoriloquie aphone, de la bronchophonie mais avec persistance des vibrations et du murmure. Rétraction de la paroi. Le processus tend à la résolution en tant que poussée inflammatoire aiguë.

Poumon droit : Amélioration progressive. Disparition du souffle apexien. Réapparition du murmure. A la base, les râles entourant la zone de matité augmentent de nombre et de calibre, et peu à peu empiètent sur elle. L'état est satisfaisant à la partie moyenne.

A la sortie du malade (soit après quatre mois et demi d'évolution) il ne reste plus qu'un peu de diminution du murmure au sommet et quelques râles humides à l'extrême base.

Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de nous étendre en de longues considérations sur le cas qui fait l'objet de cette observation. Le malade dont il s'agit fut l'objet d'examens multiples ; l'observation très complète dont nous avons voulu faciliter la compré-

hension par le résumé dont nous l'avons fait suivre, permet de suivre pas à pas en quelque sorte l'évolution de l'affection.

Il s'agit d'une affection pulmonaire développée chez un homme dans la force de l'âge qui deux ans auparavant avait eu une pleurésie gauche ; cinq mois environ avant son entrée dans le service, il contracta une affection, qualifiée de *bronchite*, assez grave pour nécessiter un séjour de sept semaines à l'hôpital militaire. Que l'on ajoute à cela qu'il s'agissait d'un alcoolique avéré et l'on concevra que cet homme ayant toujours vécu à la campagne et transplanté brusquement dans la grande ville pour y exercer son pénible métier de boulanger se trouvait dans les meilleures conditions pour être atteint par la tuberculose.

Sans vouloir analyser un à un tous les incidents qui marquèrent le cours de son séjour de cinq mois à l'hôpital ; sans revenir, d'une façon générale, sur la nature et les modalités des processus tuberculeux du poumon, nous voulons attirer l'attention sur les oscillations, si l'on peut s'exprimer ainsi, qui caractérisèrent cette forme de la tuberculose chez ce malade.

Nous fûmes frappés par la variabilité très grande du processus dans son intensité en un point donné et aussi par le caractère erratique de l'affection sur l'ensemble de l'appareil pulmonaire.

Il nous fut permis de voir, et cela à plusieurs reprises sur l'un et l'autre poumon, des poussées d'engouement pulmonaire se traduisant tout d'abord par de la submatité, de la résistance au doigt, de l'obscurité respiratoire avec peu ou pas de souffle (*congestion*

pulmonaire). Cet état donnant lieu par la suite soit à des phénomènes de *pleuro-congestion* par participation cliniquement décelable de la plèvre ; soit à des symptômes d'hépatisation se traduisant par de la submatité intense ; une obscurité respiratoire presque absolue ; de l'absence de râles, avec dans les zones périphériques plus perméables, des râles éclatant plus facilement, à timbre métallique et parfois véritablement gargouillants ; du souffle tubaire (*spléno-pneumonie*) à tel point que plus d'une fois l'ulcération nous parut imminente.

De telle sorte que l'évolution de la tuberculose chez ce malade, d'une particulière résistance, pourrait véritablement être considérée comme la synthèse en quelque sorte des diverses formes qui se sont trouvées représentées dans les différents cas que nous avons déjà cités. (Ceci étant une façon schématique d'apprécier ce cas car entre ces différentes modalités les transitions n'étaient pas brusques, et l'on pouvait les voir exister simultanément.)

Il est intéressant de noter également de quelle façon inespérée, après toutes ces vicissitudes, ce malade arriva à pouvoir quitter le service dans un état véritablement très satisfaisant. Nous vîmes en l'espace de cinq mois des poussées pneumoniques soit se résoudre après quelques jours seulement d'évolution ; soit, ayant atteint le haut degré de condensation que nous avons dit, arriver néanmoins à la résolution après un temps plus ou moins long.

Il faut évidemment attribuer ce résultat à l'énergique défense que fit cet homme, mais probablement

aussi à ce fait que la tuberculose fut surtout basale; de plus, ce ne serait peut-être pas être trop présomptueux que d'invoquer l'efficacité du traitement local institué.

L'observation qui suit, tirée de la collection de M. Bret que nous remercions vivement de son obligeance, est, la question de gravité à part, très semblable à celle que nous venons de rapporter en raison de la variabilité et de la mobilité des signes. Elle est intéressante de plus par les fortes hémoptysies que présentait le malade.

OBSERVATION XI

Tr. Benoît, 22 ans, mécanicien. — Entré : 3 juin 1905; sorti : 30 août 1905. — Saint-Irénée 7 (Chef de service : Dr Bret).

Le malade entre à l'hôpital parce qu'il crache du sang.

Pas d'antécédents tuberculeux. Personnellement, bonne santé habituelle sauf diphtérie à 18 ans; toutefois il était sujet à des rhumes fréquents les hivers, fait qu'il attribue à sa profession de mécanicien.

Jamais d'hémoptysies antérieures, pas de perte d'appétit ni d'amaigrissement.

Hier, sans aucun prodrome il fut pris d'une hémoptysie extrêmement abondante.

3 juin. — Aujourd'hui, l'hémoptysie a considérablement diminué d'abondance, on ne trouve dans le crachoir que quelques crachats hémoptoïques de coloration noirâtre. Le malade présente un assez bon état général, paraît assez vigoureux, non amaigri; pas de manifestations tuberculeuses aux organes génitaux.

L'examen somatique n'est pratiqué qu'en avant pour ne pas fatiguer le malade.

On ne trouve comme signe au poumon qu'une très légère diminution de la sonorité du côté gauche avec une obscurité marquée du murmure de ce côté. Du côté droit, la respiration est un peu rude. Nulle part on ne trouve de râles.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace en dedans de la ligne mamelonnaire sur une assez large étendue. Les bruits sont réguliers, bien frappés.

Le pouls est bon, régulier à 96 d'une tension peut-être un peu faible.

L'abdomen est souple, la palpation ne décèle rien de particulier; langue saburrale.

La température 33°3. Pas de troubles du côté du système nerveux.

5 juin. — Depuis l'entrée, de nouveaux signes sont apparus. Ce matin, on a été obligé de sonder le malade; les urines retirées (1 litre environ) sont de couleur bière brune.

De plus, le malade se plaint d'un point de côté très douloureux siégeant sous le mamelon droit et à la base droite.

L'hémoptysie continue, le sang rejeté n'est plus aéré, il est de coloration foncée, coagulé, avec quelques points clairs.

Le malade est pâle, couvert de sueur; avec une dyspnée de 44 respirations à la minute.

L'examen des poumons montre :

Au poumon droit : sous la clavicule, une respiration soufflante sans râles; la percussion du poumon en arrière donne une zone de submatité dans la partie moyenne et l'on entend un souffle au niveau de la pointe de l'omoplate.

Au poumon gauche, on trouve sous la clavicule une obscurité presque absolue, les vibrations sont peut-être un peu augmentées. Le malade étant assis, on constate que l'hémithorax gauche est immobilisé en partie, l'ampliation thoracique y étant très réduite.

En arrière, les signes sont à peu près les mêmes que du côté droit c'est-à-dire obscurité et submatité de la base avec souffle au-dessus siégeant vers la pointe de l'omoplate. Les vibrations thoraciques ne présentent pas grande modification.

Le cœur est accéléré et bat à 110. Les bruits sont bien frappés, un peu éclatants. Le poulx présente une tension suffisante. La langue est très saburrale. L'abdomen est douloureux à la palpation surtout au niveau de l'insertion diaphragmatique du côté droit. Pas de diarrhée. On ne perçoit rien à la palpation abdominale par suite de la défense musculaire.

Le phrénique droit est douloureux au cou.

Pas de symptômes nerveux.

6 juin. — En avant, matité skodique sous la clavicule gauche descendant très bas. Immobilité de l'hemi-thorax au-dessous. Obscurité absolue du murmure. Dans ce même poumon gauche, en arrière, matité dans toute la hauteur et à l'auscultation dans le tiers inférieur, obscurité complète avec au-dessus du souffle aux deux temps de la respiration; souffle à consonnance fortement tubaire, presque amphorique; sans aucun râle. Faible résonnance de la voix haute et basse.

Du côté droit, on a en avant une sonorité normale, de tonalité grave, sans souffle ni râles en arrière; on a un léger skodisme à la partie supérieure et de la sonorité au-dessous. Dans le tiers supérieur, on a un souffle revêtant les mêmes caractères que celui noté du côté gauche. (Il s'agit probablement de bruits transmis.) Crachats sanguinolents.

Pouls 104, un peu mou.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

7 juin. — Pouls 104, avec tension moyenne. Respiration 24.

L'auscultation du poumon gauche donne dans la moitié inférieure une matité absolue et de la submatité dans le reste de la hauteur. Léger souffle expiratoire. En avant on a un peu de submatité dans l'espace de Traube. La ponction exploratrice ramène un liquide sero-fibrineux.

8 juin. — On ausculte de nouveau le poumon gauche et l'on trouve en arrière de la matité dans le tiers inférieur; dans le tiers moyen un souffle surtout expiratoire lointain et aigu; dans le tiers supérieur quelques râles sous-crépitants bulbeux.

A droite la sonorité et le murmure sont normaux dans toute la hauteur; les signes notés hier étaient sans aucun doute transmis du côté opposé.

En avant on peut noter quelques sibilances au sommet

droit et à gauche de l'obscurité, tout en haut, pas de râles ni de souffle.

Pouls dicrote à 96.

L'hémoptysie continue.

Respiration 28.

10 Juin. — Aujourd'hui, l'état général est meilleur. Du côté gauche en avant, la sonorité est absolument normale ; à l'auscultation on trouve du silence respiratoire presque complet mais râles humides inspiratoires gros avec un timbre sec propre aux craquements. En arrière la sonorité est revenue et il n'y a plus que l'extrême base qui soit un peu submate ; à l'auscultation on n'a plus de souffle, mais des râles sous-crépitants inspiratoires disséminés. Le murmure est revenu dans toute la hauteur sauf à l'extrême-base. Pouls régulier à 84.

16 juin. — Sous la clavicule gauche et dans le 1^{er} espace intercostal, on trouve des râles humides aux deux temps ; râles de gros volume assez confluent offrant tous les caractères des craquements. La respiration sous-jacente est très obscure et il y a du tympanisme évident à ce niveau. En avant, tympanisme dans la fosse sus-épineuse. Respiration faible dans le tiers supérieur où le murmure a presque complètement disparu. Brusquement, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, la respiration reparait légèrement soufflante. Dans la moitié supérieure du poumon il y a de gros craquements disséminés. Dans la zone inférieure, on perçoit pendant certaines inspirations, des bouffées de râles fins inspiratoires et çà et là des craquements semblables aux précédents.

En somme, les signes sthétoscopiques s'accusent dans le sens d'une hépatisation tuberculeuse, d'une part dans la partie supérieure du parenchyme pulmonaire, et d'autre part à la base. Mais, fait intéressant, il semble exister à la partie moyenne une région où les lésions sont moins avancées.

Expectoration gommeuse.

Pouls à 92. Mou, sans tension, régulier. Au poumon droit, il n'y a pas de modifications sensibles de la respiration.

La température du malade ne s'est pas abaissée. La courbe thermométrique après le début dessine un plateau continu dans lequel les oscillations thermiques entre 30° et 40° indiquent des rémissions d'amplitude variable.

17 Juillet. — Le malade depuis la dernière note avait fait une défervescence relative et depuis le 27 juin oscillait entre 38 et 39°. Depuis le 14 juillet, la température est remontée progressivement jusqu'à 40°, le malade ne se plaignant de rien de spécial.

A l'examen du poumon gauche en arrière, on trouve une zone d'obscurité dans la fosse sous-épineuse ainsi qu'à la base avec des craquements. Dans la partie intermédiaire à ces deux foyers, existe un souffle expiratoire.

Au poumon droit en avant existe de l'obscurité dans la partie supérieure sans modifications appréciables de la sonorité.

En avant et à gauche il y a diminution de la sonorité sous la clavicule et à l'auscultation une disparition totale du murmure.

Il est intéressant de noter que les signes d'auscultation présentent une variabilité remarquable. C'est ainsi qu'à la fin de notre examen, en revoyant à nouveau le poumon gauche, tous les signes notés plus haut ont à peu près disparu. Il nous semble en effet que la respiration s'entend dans les points où elle était tout à l'heure obscure et d'autre part, le souffle a disparu.

30 Juillet. — L'état général du malade s'aggrave progressivement. Perte de l'appétit. Vomissements par moment. A différentes reprises, apparition de diarrhée avec douleurs abdominales.

La température présente maintenant de grandes oscillations atteignant ou dépassant 40° le soir.

Sueurs fréquentes et abondantes.

Par moment, sensation de brouillard devant les yeux. A l'auscultation on entend maintenant de véritables râles cavernuleux aux deux temps sous la clavicule gauche.

17 août. — Le malade a été pris hier d'un épistaxis qui a nécessité le tamponnement postérieur.

30 août. — Depuis le 20 août, le malade saigne presque continuellement du nez, les hémorragies sont difficiles à combattre, le malade étant très indocile.

1^{er} septembre. — Le malade quitte le service malgré les avis qu'on peut lui donner.

**Processus tuberculeux de base
répondant au type dit
« Spléno-pneumonie »**

OBSERVATION XII

DIAGNOSTIC ET RÉSUMÉ

« *Spléno-pneumonie* » de la base droite. — *Dystrophie du maxillaire inférieur.* — *Oreilles mal ourlées.* — *Luxation congénitale de la hanche gauche.* Apparition de ramollissement après huit mois, dans cette base et envahissant le sommet et la face antérieure du poumon droit.

AUTOPSIE : *Cavernules et cavernes de diverses dimensions, nappes caséuses dans pneumonie fibreuse.*

F. C., 33 ans, domestique, Saint-Simon (Isère). — Entrée le 28 novembre 1908; décédée le 10 juin 1909.

Mère morte de fluxion de poitrine à 56 ans, père mort subitement à 76 ans. Un frère et une sœur sont bien portants; quatre sont morts, l'un d'accident, une autre d'une phlébite, les deux derniers sont morts à 12 ans et à 33 ans d'affections inconnues.

Personnellement, la malade s'est toujours bien portée. Réglée à 17 ans, elle le fut toujours régulièrement sauf le mois dernier.

Quelques troubles digestifs depuis trois ans, troubles

consistant en une sensation de pesanteur après les repas, malaises améliorés par l'ingestion d'eau acidulée.

Jamais d'hémoptysie.

L'affection actuelle a débuté en septembre c'est-à-dire il y a deux mois à la suite d'un refroidissement. La malade étant en promenade à la campagne reçut la pluie et ne pût se changer que plusieurs heures après. Début par de la toux, de l'essoufflement, frisson avec point de côté à droite. La malade dut se mettre au lit qu'elle n'a pas quitté depuis. Il est vrai de dire que le début n'eut pas une allure foudroyante, la malade a continué à travailler malgré ses frissons et son point de côté quatre à six jours encore.

A l'entrée, la malade se plaint surtout de son essoufflement et sa toux. La toux est fréquente, quinteuse, n'amenant que peu d'expectoration.

La malade est un peu amaigrie, les joues congestionnées.

L'examen des poumons montre :

Du côté gauche ; il n'y a rien à noter, les vibrations et la sonorité sont normales au sommet ; il existe seulement quelques râles à l'extrême base.

Du côté droit, il en est tout autrement. Les lésions y sont très nettes. Il y a de la submatité dans toute la moitié inférieure du poumon, les vibrations y sont conservées et même exagérées au niveau de la matité sauf à l'extrême base où elles sont diminuées.

La matité tourne dans l'aisselle.

L'auscultation montre qu'au sommet, l'inspiration est normale ; le murmure s'entend, l'expiration est peut-être seulement un peu prolongée. Dans la fosse sous-épineuse et en descendant, râles inspiratoires moyens ; quelques-uns survenant à la fin de l'expiration, mais discrets, inconstants et mobiles. Eclat de la voix et de la toux ; quelques râles prennent un éclat métallique vers la pointe de l'omoplate ; ils sont surtout inspiratoires. On perçoit à ce niveau un souffle inspiratoire et expiratoire d'abord un peu rude,

à caractère bronchique, puis plus doux. En même temps, pectoriloquie aphone et égophonie. Ces derniers signes allant en augmentant de la pointe de l'omoplate jusqu'à la base. L'égophonie sus-mentionnée n'est peut-être pas de l'égophonie vraie mais de la broncho-égophonie et même la voie est si nettement chevrotante dans cette base que si l'on n'entendait pas à ce niveau des râles crépitants même dans les inspirations moyennes et n'était l'augmentation des vibrations on croirait à un épanchement d'autant que le souffle n'est pas tubaire mais bien nettement pseudo-pleurétiques.

Dans ce même poumon, la respiration est normale au sommet en avant.

Au cœur, la pointe est dans le quatrième espace plutôt en dedans de la ligne mamellonnaire sans modification des bruits.

Le foie déborde un peu les fausses côtes.

La région splénique donne une matité de trois travers de doigt.

Constipation, depuis le séjour continu au lit.

Perte de l'appétit, douleur à la pression du creux épigastrique; pas de clapotage gastrique. Température 37°8.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

29 novembre. — A l'auscultation, les phénomènes sont à peu près concentrés dans les deux tiers inférieurs du poumon droit. La limite de tous les signes précédemment décrits est la ligne axillaire postérieure. L'hémithorax droit est retractoré surtout à sa partie moyenne. Cette rétraction se réduit à un méplat qui porte sur un certain nombre d'espaces intercostaux au-dessous de l'angle de l'omoplate.

La matité hépatique n'est pas remontée.

Le rein droit est tout entier saisissable au-dessous des côtes, très en dedans et très facilement reposable. Il est totalement indolent.

La malade a un aspect un peu infantile. Les seins sont petits, le pénil peu ombré. De toute sa famille, de ses frères

et sœurs, elle a toujours été la plus petite et la plus chétive. Les oreilles sont mal ourlées, le lobule absent. Les dents chevauchent, les deux maxillaires sont engrenés, l'inférieur faisant tomber toute l'arcade dentaire en dedans de l'arcade supérieure. Les deux incisives supérieures ont de l'érosion de l'émail. Les iris étant de même couleur, la pupille gauche est un peu plus dilatée que la droite et pas régulièrement circulaire. Enfin, elle est la dernière de sept enfants.

La malade présente une luxation de la hanche gauche ; on sent très nettement la tête fémorale dans la profondeur de la fosse iliaque externe. La marche est un peu plongeante, mais elle corrige à peu près complètement le raccourcissement par de l'équinisme.

L'expectoration est purement gommeuse.

La température qui était à l'entrée de 38° est actuellement de 37° 5.

Les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch.

7 décembre.— La température s'abaisse insensiblement. L'examen de la base droite donne les mêmes signes qu'à l'entrée.

18 décembre.— L'examen radioscopique montre que la base et le sommet droit offrent simplement de l'obscurité diffuse.

23 décembre.— Depuis deux ou trois jours, la malade tousse davantage. La température n'a pas oscillé sensiblement. A l'examen du poumon, on trouve toujours la base droite submate avec des râles sous-crépitaux humides dans le tiers inférieurs, et près de la colonne une trainée de gros râles humides. Il existe toujours à la partie moyenne un souffle inspiratoire et expiratoire assez doux qui s'entend jusqu'à la base. Enfin, vers l'angle de l'omoplate droite, le souffle s'étend vers l'aisselle comme jamais on ne l'a entendu s'arrêtant à la ligne axillaire postérieure.

Et dans toute cette zone, plus ou moins aisément soit à la respiration forte, soit après la toux, on fait apparaître des

râles qui varient depuis le sous-crépitant humide jusqu'au crépitant fin.

Le séro-diagnostic tuberculeux du sang se montre positif au 1/15.

2 février 1909. — Nous prenons la note suivante : L'état général se maintient assez bon, contrastant de la façon la plus singulière avec les lésions pulmonaires. La malade se sent bien, ne se plaignant de rien fonctionnellement sauf d'un point de côté à droite.

Cette douleur d'abord localisée au sommet droit puis à la partie moyenne, siège maintenant à la base, elle est continue exacerbée par la toux. Celle-ci est fréquente, provoquée par un chatouillement du larynx, presque continue la nuit surtout et n'amenant qu'une expectoration très rare à peine purulente.

Il n'y a aucune dyspnée.

Quelques sueurs nocturnes mais peu abondantes.

L'examen des poumons donne actuellement :

En avant, les signes sont très peu nets ; la percussion ne donne pas de différence notable entre les deux côtés ; à l'auscultation on perçoit seulement à droite sous la clavicule un murmure un peu rude, sans bruits adventices d'aucune sorte.

En arrière : Du côté gauche ; la respiration est pure dans toute la hauteur et du type puéril ; il n'existe aucun bruit anormal, bref la respiration est de suppléance typique.

Du côté droit, indépendamment de l'aplatissement thoracique en arrière déjà noté, on constate que l'ampliation respiratoire est presque nulle sur ce poumon surtout dans les parties moyenne et inférieure.

La percussion montre au sommet une sonorité très affaiblie comparativement à celle du côté opposé. On note une résistance au doigt très nette. A la partie moyenne, la sonorité à la percussion est plus satisfaisante sans toutefois égaler celle obtenue sur l'autre poumon. A partir de la

pointe de l'omoplate, la sonorité diminue brusquement et l'on a jusqu'à la base une submatité augmentant progressivement et atteignant la matité absolue à l'extrême base.

Dans toute la hauteur de ce poumon, les vibrations vocales sont conservées même au niveau des parties les moins sonores.

Si maintenant on pratique l'auscultation on note qu'au sommet, le murmure vésiculaire est affaibli, la respiration est notablement plus rude qu'à gauche ; après la toux on perçoit quelques râles rares, de timbre un peu voilé et qu'il est difficile d'appeler craquements typiques.

A deux travers de doigt au-dessus de la pointe de l'omoplate, c'est-à-dire au niveau où débute la matité, apparaît et cela d'une façon absolument brusque, un souffle expiratoire de ton élevé et très intense. Au niveau de ce souffle il existe de la broncho-phonie soit à la voix haute, soit à la voix basse.

Dans la partie moyenne et inférieure du poumon la pectoro-phonie aphone, l'égophonie sont des plus nettes ; c'est au niveau de la pointe de l'omoplate et sur une largeur d'une paumée de main qu'elles se perçoivent le mieux, elles y éclatent en quelque sorte sous l'oreille. Le souffle baisse de ton et diminue d'intensité au-dessous de ce point pour disparaître un peu avant l'extrême base.

Au niveau du souffle maximum l'inspiration qui suit la toux réveille une pluie de râles de calibres différents quelques uns à grosses bulles, très humides, les autres plus secs.

17 février 1909. — Depuis cinq à six jours, la malade semble présenter un petit accès thermique vers 11 heures du matin, non inscrit par conséquent sur la courbe thermique ; cet accès disparaît l'après-midi sans avoir été accompagné de sueurs. La température prise au moment de la visite donne en effet 38°.

8 mars. — La malade a de l'anorexie, elle maigrit.

Cependant la température sans grandes oscillations ne dépasse guère 38° le soir. Depuis quelques jours, l'expectoration est plus abondante, les crachats sont devenus mucopurulents.

Localement, la base droite se présente en rétraction, submate. La respiration en tant que murmure vésiculaire a presque disparu dans la moitié inférieure du poumon droit. Près de la colonne et jusqu'à l'épine de l'omoplate, on entend un petit souffle doux, inspiratoire, pseudo-pleurétique. Disséminées dans cette base, plus nombreuses le long de la colonne et à la partie moyenne, on entend, éclatant après l'inspiration forte de grosses bulles métalliques.

L'examen des crachats montre pour la première fois de nombreux bacilles de Koch des plus typiques.

28 avril. — Depuis son entrée, c'est-à-dire depuis cinq mois, la malade a maigri de trois kilogs. L'anorexie, la pâleur s'accroissent ; la température est irrégulière mais s'élevant rarement au-dessus de 38°.

Aux poumons, on constate que la rétraction de la base droite ne s'est pas accentuée notablement ; qu'à cette base, il y a une submatité qui va en diminuant au fur et à mesure que l'on s'élève vers le sommet. Dans les deux tiers inférieurs de ce poumon et jusque dans l'aisselle on entend des râles très superficiels, très éclatants, métalliques. A partir de l'angle de l'omoplate le murmure tend à revenir tandis qu'en bas il est absent. De même, en remontant, les râles prennent le caractère de craquements humides s'étendant tout en se raréfiant jusqu'à la fosse sus-épineuse.

Les mêmes craquements humides existent dans la fosse sus-claviculaire, contournant en avant le moignon de l'épaule pour rejoindre ceux qui règnent dans l'aisselle.

Toujours rien au poumon gauche ni en avant ni en arrière.

9 juin 1909. — L'œdème ayant débuté à la jambe gauche n'a peut-être pas une valeur absolue en tant que révélateur d'une phlébite car l'œdème vient de se montrer sur

la jambe opposée sans souffrance aucune en même temps que l'on constatait de l'albumine dans les urines.

Du côté droit, les signes d'auscultation sont les mêmes qu'au dernier examen.

Du côté gauche. — Dans l'espace interscapulaire près de la colonne il y a des râles humides un peu éclatants. D'ailleurs, la moitié inférieure de ce poumon, sans que le murmure soit atténué ni la sonorité diminuée laisse entendre à l'inspiration forte une nappe de râles sous-crépitaux un peu éclatants.

10 juin. — La malade est morte la nuit dernière.

AUTOPSIE

11 Juin 1909. — A l'ouverture du thorax : à droite très peu de liquide. Le poumon est libre d'adhérence dans les deux tiers inférieurs ; le lobe supérieur par contre présente une symphyse pleurale en avant comme en arrière. Un dépôt fibrineux assez récent et assez épais règne sur toute la plèvre dans les parties non adhérentes. Les scissures interlobaires ne sont pas symphysées. Sur la section de ce poumon, on voit le lobe supérieur creusé de cavernes à parois caséeuses, l'une est à l'extrême sommet et au-dessous d'elles sont de gros nodules caséeux ; l'autre, postéro-supérieure est aussi à parois caséeuses et continuée en bas par des cavernules qui arrivent jusqu'au hile.

Au-dessous de cette caverne et jusqu'à la scissure interlobaire, existe deux doigts de parenchyme pulmonaire présentant un aspect assez particulier : ferme, laissant suinter cependant une spume assez abondante et offrant sur la coupe un fond d'une couleur or jaune ou jaune un peu mordoré. On en prend pour l'examen histologique.

Le lobe inférieur présente à l'extrémité supérieure une cavernule un peu allongée du volume d'une datte.

Vers l'extrême base, à deux travers de doigt de profondeur, se voient des cavernules qui voisinent avec la plèvre diaphragmatique adhérente à ce niveau. Le reste de ce lobe inférieur présente dans un tissu très analogue à celui de la portion restante du lobe supérieur, tissu engoué, ferme, bien que translucide avec traînées jaunâtres mordorées, des points de volume variable et à des degrés divers de caséification. Les points les plus petits, déjà jaunes et caséifiés sont anthracosiques.

Le lobe moyen dans son entier est ferme. La partie la plus antérieure offre un état pneumonique d'un rouge violacé avec grain très léger. Toute sa périphérie a d'ailleurs cet aspect pneumonique un peu translucide; au fur et à mesure que l'on pénètre dans sa profondeur, les points jaunes caséifiés augmentent de plus en plus, mais il n'y a pas encore de caverne.

Les parties inférieures du lobe supérieur; moyenne du lobe inférieur plongent au fond de l'eau. Pour ce qui est du lobe moyen, les parties qui ne paraissent qu'hépatisées plongent incomplètement et finissent par surnager, mais les parties déjà caséifiées plongent.

Au poulmon gauche. — Le lobe supérieur est envahi par une caverne serpentineuse taillée dans des nappes caséuses; d'ailleurs la presque totalité de ce lobe supérieur est occupé par un processus pneumonique dans lequel pousse la caséification et il n'y a que sa partie inférieure, voisine de l'interlobe, qui reste souple et résistante. Le lobe inférieur est envahi par un processus voisin de l'engouement; il crépite mal, est plus ferme, a plus de spume que normalement mais il ne plonge pas dans l'eau. Toutefois, dans sa partie supérieure, il apparaît déjà quelques points jaunâtres au centre de l'engouement pneumonique.

Le cœur est très petit (160 gr.) sans lésions orificielles. L'aorte n'offre rien à noter.

Les reins offrent une substance corticale un peu trop

pâle et la périphérie des pyramides un peu trop rouge (120 et 110 gr.)

Autour de la trachée sont de nombreux ganglions fibro-anthracosiques.

Au devant de la trachée, apparaissent des lobules isolés, réunis par des lames connectives d'une glande qui a absolument l'aspect du tissu ganglionnaire rose, un peu translucide : bref il s'agit bien probablement d'un thymus.

Le Foie (1200 gr.) est petit, très gras avec trainées violettes.

La Rate (250 gr.) est grosse, un peu diffluite.

Rien à l'estomac.

Quelques ganglions mésentériques.

Le cœcum est labouré d'ulcérations serpigneuses à fond noir rougeâtre.

L'appendice, dilaté et agrandi est semé d'ulcérations rondes, caséuses, assez confluentes dans sa racine et plus rares dans sa pointe.

Les dernières plaques de Peyer de l'intestin grêle comme les derniers follicules clos sont tuméfiées, présentant des points jaunes et chacun de ces points jaunes, à son sommet, offre une petite ulcération dans laquelle on voit une masse caséuse en voie d'élimination. Les plaques de Peyer décrites ci-dessus sont absolument longitudinales et non transversales.

Des ulcérations de moins en moins nombreuses s'avancent dans toute la longueur du colon transverse sans le dépasser sensiblement.

Feuille de Laboratoire relative à l'examen histologique de
l'envoi de M. Paviot, le 15 juin 1909. — Réponse faite
le 11 août 1909.

F. Clarisse. — *Spléno-Pneumonie de la base droite*
ayant évolué dans la caséification en huit mois.

Poumon droit

I. — *Périphérie du lobe moyen* (Müller). — On ne trouve sur la coupe ni nappes caséuses ni tubercules nodulaires avec ou sans cellules géantes. C'est un processus répondant à la pneumonie dite épithéliale, c'est-à-dire que les alvéoles sont toutes plus ou moins remplies par des cellules rondes ou ovales très volumineuses, à protoplasma abondant, finement granuleuses et à noyaux bien colorés. L'épithélium reste adhérent aux parois alvéolaires, faisant saillie, et les cellules qui le constituent ont les mêmes caractères que celles desquamées dans la cavité. Les capillaires, dans ces cloisons ont tous leur contenu de globules rouges.

La plèvre, à la surface, est épaissie par l'adjonction de gros trousseaux hyalins. Les cloisons interlobulaires qui en partent sont elles-mêmes épaissies et légèrement anthracosiques.

II. — *Portion jaune mordoré du lobe supérieur* (Müller). Il n'est pas davantage possible d'y trouver aucune formation nodulaire ou caséuse. La plèvre, recouverte d'un enduit fibrineux est très épaissie. Il en part des cloisons fibro-hyalines et aux points de jonction de ces cloisons interlobulaires, l'épaississement s'accroît encore en grosses étoiles fibreuses où sont plongés vaisseaux et bronches prélobulaires. Les alvéoles sont envahies par le même processus dit épithélial d'autant plus accentué que ces

alvéoles sont plus près des cloisons et étoiles fibreuses. Mais dans ce fragment en général, les cellules desquamées dans la lumière alvéolaire sont beaucoup plus volumineuses et la plupart sont devenues complètement granulo-graisseuses et rappellent les corpuscules de Glüge du cerveau. Il est à noter que dans certains points, la confluence de ces cellules a été telle qu'elles forment de petits blocs déjà vitreux. Leurs noyaux sont en général beaucoup moins colorable que dans le fragment précédent.

III. — *Portion jaune mordoré de la partie moyenne du lobe inférieur* (Müller). — C'est la même pneumonie du type épithélial à grosses cellules granulo-graisseuses répandues d'une façon uniforme mais du moins dans les coupes, on trouve quatre ou cinq points où apparaissent les caractères suivants : les cloisons alvéolaires ont disparu et l'on n'a plus qu'un champ de cellules volumineuses d'aspect épithéloïde et tout d'un coup, au centre du champ se montrent une ou deux cellules géantes, presque au contact d'un amas vitreux ; d'autre fois, le centre de ces nappes offre une substance granuleuse où l'on voit quelques noyaux incolores. Bref, il ne semble pas douteux, là, que du caséum en formation et des cellules géantes viennent sur certains nodules signer la nature de toute la lésion, bien que perdus au milieu de la lésion pneumonique du type catarrhal et à grosses cellules. La circulation se maintient partout sauf à la périphérie des nappes à centre vitreux caséux où elle s'arrête.

IV. — *Portion jaune mordoré de la partie moyenne du lobe inférieur* (alcool). — Une partie de la coupe présente la même pneumonie du type catarrhal à grosses cellules granulo-graisseuses ; par points, les cloisons alvéolaires ont même disparu dans une nappe de cellules assez volumineuses et fusiformes prenant l'aspect fibroïde. Mais ce fragment dans sa plus grande partie, sous la plèvre épaissie, présente un envahissement de ses alvéoles par

une substance granuleuse fine sans fibrilles comme le donne l'œdème récent. Au milieu de cette substance, on revoit aisément de grosses cellules rondes chargées de graisse qui devaient être dans la lumière alvéolaire avant l'extravasation brusque du liquide que les fixateurs ont transformé en cette nappe granuleuse. La plèvre et les cloisons sont épaissies et fibro-hyalines.

V. — *Portion jaune mordoré du lobe supérieur* (alcool).

— Là, tous les types de lésions décrites sur les fragments précédents se retrouvent. On trouve en effet des bandes d'alvéoles contenant les grosses cellules rondes granulo-graisseuses à noyaux à peine visibles. Ces bandes sont limitées par des nappes fibroïdes épaisses où les cloisons alvéolaires perdent leur individualité; sur le bord de ces bandes scléreuses, on voit souvent des néoformations à cellules cubiques emprisonnées dans le tissu fibroïde. Il apparaît aussi de véritables îlots fibroïdes au sein desquels se voient de belles cellules géantes. Au centre de plusieurs de ces îlots fibroïdes se voient des nappes caséuses; en dehors de ces dernières, sont quelques cellules géantes. A la périphérie de l'îlot, quelques néoformations alvéolaires, et l'on retrouve plus en dehors, les alvéoles contenant les grosses cellules épithéliales rondes granulo-graisseuses.

Poumon gauche

VI. — *Sommet du lobe inférieur.* — Au milieu d'une nappe d'alvéoles fortement engouées et vascularisées, se voient disséminés de gros tubercules du type dit pneumonique. A la périphérie de ces tubercules, alvéoles à contenu fibrineux en peloton et nombreuses cellules rondes; au centre, disparition des cloisons alvéolaires, nappes granuleuses où l'on ne distingue plus que le contour de noyaux ronds.

VII. — *Rein.* — Sauf la dilatation des capillaires, radiés

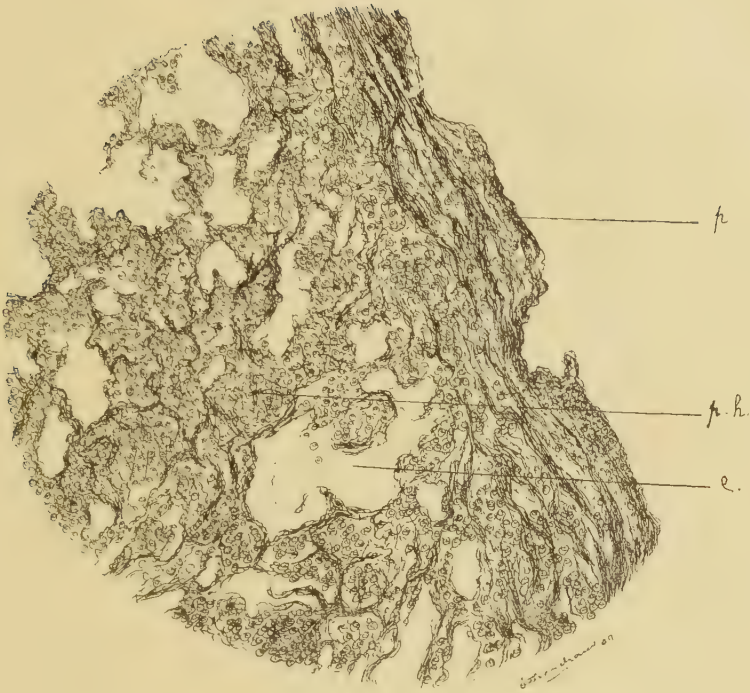
au niveau des pyramides de Ferrein les coupes ne décèlent absolument aucune lésion.

VIII. — *Foie*. — Un peu d'épaississement des espaces portes, mais surtout stéatose à grosses vésicules qui a fait disparaître le protoplasma des cellules hépatiques presque en totalité sauf en quelques points qui répondent en général au voisinage de la veine sus-hépatique et même là, les cellules hépatiques dont le protoplasma n'est pas complètement disparu sont surchargées d'un pigment de teinte un peu ocreuse.

IX. — *Rate*. — Semée de points nodulaires amyloïdes qui semblent répondre en général à un glomérule car souvent une artériole marque le centre d'un bloc hyalin. Pas de tubercules dûment constitués.

X. — *Thymus*. — Il se présente sur la coupe comme une nappe de tissu lymphoïde dans laquelle on ne retrouve que très difficilement les corpuscules de Hassall. Cependant, çà et là on voit quelques formations sphériques et plusieurs cellules imbriquées en bulbe d'oignon. On voit aussi une ou deux grosses cellules isolées à protoplasma hyalin et à noyaux vivement colorés, autrefois à protoplasma granuleux et beaucoup plus volumineuses que les autres cellules en général; mais pas de tubercules constitués.

Le Professeur, chef du Laboratoire,
PAVIOT.



(FIG IV)

Portion du lobe moyen de constitution tendant à l'hyperplasie
(participation de la plèvre) sans signature histologique de tuber-
culose.

p, plèvre.

p h, processus à tendance hyperplasique.

e, emphyseme.



FIG. V

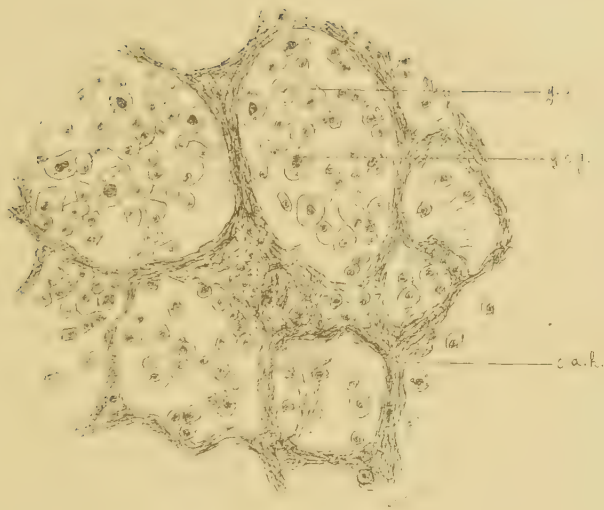
LOBE SUPÉRIEUR DROIT. — Processus pneumonique tuberculeux comblant les alvéoles, signé par des cellules géantes, des noyaux caséeux et nodules tuberculeux.

n. c., nodules caséeux.

c. g., cellules géantes.

n. t., nodule tuberculeux.

p. t., processus pneumonique tuberculeux.



(FIG. VI)

POINT MORDORÉ DE LA PÉRIPHÉRIE DU LOBE MOYEN (fort grossissement).

g c, grandes cellules desquamées dans les alvéoles.

g c g, grandes cellules granulo-graisseuses desquamées.

c a h, cloison alvéolaire hyperplasiée.

DISCUSSION

Le cas de cette malade est l'un des plus intéressants qu'il soit possible de voir en pathologie pulmonaire. Outre qu'il s'agissait de poser le diagnostic de l'affection en elle-même, ce qui n'était pas aisé, il fallait de plus, quant au pronostic, reconnaître la cause de cette maladie. Or la notion étiologique ne s'établissait pas *a priori* comme on a pu s'en rendre compte à la lecture de l'observation.

La dernière maladie de cette femme peut se diviser en deux périodes bien distinctes ; à chacune de ces périodes, ont correspondu des signes différents, et si dans la seconde, le diagnostic de caséification tuberculeuse s'imposait ; dans la première, la notion d'étiologie était des plus difficile à dégager et même le diagnostic de l'affection prise en elle-même, à l'état statique si l'on peut dire, offrait plus d'une difficulté.

Il s'agissait d'une femme encore jeune, célibataire, domestique de son état, jouissant d'une santé suffisante, ne semblant pas s'être livrée à des excès quelconques mais présentant un type infantile assez caractérisé.

De petite taille, les seins menus, le mont de Vénus peu bombé et à poils rares ; sans qu'il y ait de maigreur bien marquée, les saillies osseuses sont peu masquées ; la peau est sèche au toucher, se laissant plisser par le doigt plutôt que de glisser sous lui ; le teint du visage est mat, sans brillant, d'aspect sale ; les cheveux peu serrés et sans lustre ; les dents mal

plantées montrent des érosions non typiques : bref, il est apparent que la peau et les organes qui en dérivent sont en état de nutrition ralentie. C'est un organisme de faible résistance.

Que l'on ajoute à cela, qu'elle est la dernière venue de sept enfants dont quatre sont morts et que des deux restant, elle est la plus chétive comme elle le dit elle-même ; que sa mère est morte d'une fluxion de poitrine (?) et l'on pourra bien admettre qu'elle offrait une proie de choix pour toute maladie et singulièrement pour la tuberculose.

Nous ferons remarquer que ces constatations n'ont pas été faites rétrospectivement mais notées bien avant que la nature tuberculeuse du processus ne fût évidente.

Pour en revenir à l'évolution de la maladie ; nous caractériserons la première phase en disant qu'il s'agissait d'une *spléno-pneumonie* de Grancher. Dans une seconde phase, l'affection a signé sa nature tuberculeuse en s'ulcérant, la malade étant morte avec des lésions caséifiées étendues ; le poumon d'abord absolument indemne ayant été frappé à son tour.

Grancher a décrit en 1883 dans un mémoire présenté à la Société médicale des Hôpitaux de Paris la spléno-pneumonie ; le sujet a été repris en 1886 par Bourdel dans sa thèse ; quatre ans plus tard, Grancher en donnait une description que l'on put considérer comme définitive (1).

Il existe un état morbide du poumon, sorte de pneu-

(1) GRANCHER : Maladies de l'appareil respiratoire, 1890, Paris.

monie subaiguë qui simule une pleurésie avec épanchement moyen.

L'invasion succède d'ordinaire à un refroidissement, elle est brusque avec frissons et point de côté. La toux est quinteuse, très pénible parfois et n'amenant que peu d'expectoration sans caractères spéciaux.

L'augmentation thoracique se trouve diminuée du côté atteint. Comme signes physiques, on note : que dans le tiers ou les deux tiers inférieurs du poumon, les vibrations vocales sont diminuées ou même absentes, que la submatité y est intense pouvant atteindre la matité absolue. A l'auscultation, on entend un souffle à tonalité aiguë véritablement pleurétique avec égophonie et pectoriloquie aphone. Bref, ce sont des signes d'épanchement pleurétique. Toutefois, lorsque la lésion siège du côté gauche, l'espace de Traube est conservé (il peut l'être également dans la pleurésie).

Mais, signe de la plus haute importance, au foyer même de la matité, la respiration forte permet de percevoir des râles sous-crépitants discrets et superficiels ; d'autre part, les vibrations vocales au lieu de reparaitre brusquement au-dessus de la matité, reparaissent graduellement et par transition insensible. L'égophonie est plutôt de la broncho-égophonie ; enfin, la ponction exploratrice à l'aiguille de Pravaz est blanche.

La maladie évolue *en quatre ou cinq semaines*, son pronostic est bénin, au moins d'une *façon immédiate*, tous les malades de Grancher ayant guéri. Toutefois, le schéma II (son + vibration + respiration —) ; la respiration rude ou affaiblie, la légère

submatité plus ou moins étendue à la surface du poumon, tous signes de congestion chronique peuvent persister. Dans ce cas, *il est légitime, il est prudent de faire pour l'avenir quelques réserves* (Grancher).

Maladie inflammatoire subaiguë, la spléno-pneumonie offre un cycle thermique qui sans être constant se retrouve assez nettement dans les diverses observations. « Dès le premier jour, la température peut
« atteindre et dépasser 40 degrés centigrades. Dans
« les jours suivants, elle oscille d'ordinaire entre 39 et
« 40 degrés avec des différences de 1 degré et plus,
« quelquefois entre le soir et le matin. Cela dure qua-
« tre, cinq ou six jours, puis la moyenne thermique
« s'abaisse vers 38 degrés avec de grandes oscillations
« de 1,5 à 2 degrés entre les chiffres du matin et du
« soir. Après un septénaire, il se fait une nouvelle
« chute de la colonne mercurielle qui descend le matin
« à 37 degrés ou au-dessous et touche 38 degrés le
« soir ; enfin la fièvre tombe tout à fait. »

Les causes de la spléno-pneumonie en dehors du refroidissement, sont peu connues ; le rhumatisme, l'albuminurie, le diabète se sont rencontrés chez quelques malades. Mais ici, Grancher pose une question des plus intéressante : « Quelles sont les relations de la
« spléno-pneumonie et de la tuberculose ? C'est chose
« bien difficile à dire. Il semble cependant que cette
« inflammation épithéliale et subaiguë du poumon
« puisse, au moins dans quelques cas, être la première
« manifestation d'une tuberculose jusque là restée
« latente ; ceci revient à dire que les questions qui se
« posent à propos de l'avenir d'une pneumonie ou

« d'une pleurésie doivent se poser également à propos
« d'une spléno-pneumonie et qu'après avoir reconnu
« l'affection, vous devez vous préoccuper d'en déter-
« miner la nature. »

Aussi l'auteur à côté de la spléno-pneumonie simple décrit-il une *spléno-pneumonie tuberculeuse*.

Les symptômes sont ceux d'une pneumonie franche atténuée ; la fièvre dépassant rarement 40° tout au début, puis oscillant autour de 38° pour tomber tout à fait *bien avant que les signes physiques aient subi la plus légère modification*.

« Il est intéressant de voir la splénisation occupant
« d'abord les parties inférieures gagner peu à peu les
« parties supérieures... En pareil cas, on observe
« souvent deux ou trois mois après le début, deux sièges
« principaux de lésions, l'un à la base, l'autre au som-
« met ; le premier tendant à disparaître peu à peu, le
« second au contraire à se développer et à rentrer dans
« la symptomatologie commune de la tuberculose,
« ramollissement, etc. » (Grancher).

Grancher établit le diagnostic grâce aux antécédents et commémoratifs ; à l'aide de l'évolution qui procède par poussées successives et qui tend à gagner le sommet plutôt que d'aboutir à la résorption des exsudats, résolution qui dans la forme simple se produit en quatre ou cinq semaines ; il s'appuie enfin sur le non parallélisme des signes physiques et des troubles fonctionnels ceux-là étant très notables et persistant tout en s'aggravant, ceux-ci étant pendant une longue période insignifiants ou des plus modérés.

Cet exposé des deux formes de spléno-pneumonie,

simple et tuberculeuse, telles que les concevait Grancher nous dispensera d'insister autrement sur les raisons qui nous firent poser pour notre malade, et cela dès le début, le diagnostic de spléno-pneumonie tuberculeuse ; d'ailleurs, l'observation très détaillée et prise au jour le jour par notre maître M. Paviot permettra de reconstituer intégralement les phases de la maladie aussi bien qu'elle fera apprécier les difficultés qu'il y avait à porter un diagnostic qui se trouva vérifié de tous points.

Nous insisterons simplement sur les raisons qui dès les premiers jours nous firent diagnostiquer une splénisation du poumon plutôt qu'un épanchement pleural et ensuite une splénisation de nature tuberculeuse plutôt qu'une densification de cause indéterminée.

Bien que l'erreur fût permise, nous n'admîmes pas l'épanchement en raison : de l'absence de flot soit à une, soit à deux mains ; de la persistance des vibrations au foyer même de la matité ; de l'existence à ce même niveau de râles sous-crépitaux réveillés par la respiration forte ou par la toux ; de plus, la limite supérieure de matité était d'une fixité absolue, la parole haute ou chuchotée donnait de la bronchophonie plutôt que de l'égophonie ; enfin, le souffle, de timbre pleurétique, il est vrai, siégeait plutôt en pleine matité qu'au-dessus de celle-ci et puis il existait *de la rétraction thoracique plutôt que de l'ampliation*.

Tous ces signes, pour n'être pas pathognomoniques pris à part, par leur ensemble constituaient une présomption.

Le diagnostic fut posé avec tant de probabilité que

la ponction exploratrice ne fut même pas tentée. De fait, l'examen radioscopique de M. Destot, pratiqué pour s'éclairer sur l'état du poumon, ne montra qu'une obscurité diffuse de la base et du sommet, témoin de la densification pulmonaire.

Le diagnostic de spléno-pneumonie de Grancher posé, il s'agissait de savoir si l'affection était simple ou tuberculeuse ; là de nouvelles difficultés surgissaient.

La bacillose pulmonaire affecte rarement la forme de spléno-pneumonie. Le type classique en est trop connu pour que nous y insistions. Dans les cas habituels, il existe une corrélation assez constante entre les tubercules et les processus adventices ; et s'il est très contestable que certains tubercules puissent se développer dans le poumon à la façon de corps étrangers ou de parasites n'éveillant pas de réaction de voisinage, il n'en n'est pas moins vrai que d'une façon habituelle, les tubercules conglomérés, ramollis et ulcérés tiennent le premier plan du type morbide et gouvernent la symptomatologie, les différents processus tels que pleurite, broncho-alvéolite, hémoptysies et autres phénomènes inflammatoires tenant les seconds rôles.

Ici au contraire, les rôles sont renversés, la forme dont il s'agit se caractérisant par l'étendue et l'importance du processus adventice à tel point qu'il semblait être toute la maladie ; l'élément essentiel, le tubercule, étant masqué de telle sorte qu'il semblait ne point exister tout d'abord et avoir poussé secondairement dans un terrain déjà prêt dès longtemps à le recevoir ; telle est du moins la façon dont Grancher explique ces processus.

Lors de la discussion anatomique nous avons dit de quelle façon il convenait d'interpréter ces faits.

Que l'on ajoute à l'anomalie de ce processus tuberculeux l'absence à peu près totale d'expectoration ; une température redescendue assez rapidement à la normale ; le défaut de tout symptôme fonctionnel du côté de l'appareil respiratoire, de tout épanchement pleural utilisable soit pour la culture, soit pour l'inoculation, et l'on conviendra que le diagnostic précoce de la spécificité de l'affection était malaisé.

Toutefois, nous établîmes rapidement l'étiologie de cette spléno-pneumonie en nous appuyant sur les antécédents collatéraux peu favorables, nous fîmes entrer en ligne de compte son état général ; il s'agissait, comme nous l'avons dit, d'un organisme pauvre, en fait, état de moindre défense ; la discordance des signes physiques et des symptômes fonctionnels, ceux-ci très accentués, ceux-là presque nuls, dans la spléno-pneumonie franche de Grancher, il y a parallélisme des signes. Enfin, nous utilisâmes ce fait que la partie supérieure du poumon atteint ne remplissait pas le rôle de suppléance fonctionnelle qui aurait dû exister si ce sommet lui-même n'eût pas été lui-même en imminence morbide. A un moment donné il exista des signes concomittants de densification à la base et au sommet, la partie intermédiaire étant plus perméable, l'affection revêtit le type bipolaire. Plus tard, nous eûmes des signes de probabilité plus grande en raison de la durée de l'affection qui dépassa de beaucoup les quatre ou cinq semaines permises ; enfin parurent les signes de certitude, tels que l'élévation de la tempéra-

ture, l'apparition des bacilles dans les crachats devenus abondants et purulents, le ramolissement de la base, puis extension au sommet et ulcération de celui-ci, participation du poumon gauche indemne jusqu'aux derniers jours.

L'affection ayant débuté en septembre 1908, les signes de caséification se firent attendre jusqu'au mois d'avril de l'année suivante, soit sept mois.

Au moment même où notre thèse allait être imprimée, la *Semaine Médicale* du 13 avril 1910 publiait un article de M. J. Sabrazès intitulé : *Multiplcité des formes anatomo-pathologiques des spléno-pneumonies*. Cette étude d'un cas bien décrit histologiquement, est d'un trop grand intérêt pour que nous ne lui consacrons pas quelques lignes d'analyse.

Il est regrettable que, par suite de circonstances indépendantes de la volonté de l'auteur, il n'existe pas d'histoire clinique de la malade qui fait l'objet de la communication ; cette histoire clinique eût été intéressante à connaître pour se faire une opinion sur la nature du syndrome spléno-pneumonie dont on fit l'examen histologique.

Nous relevons à la lecture du compte rendu de cet examen cette phrase d'un intérêt capital pour l'idée que nous soutenons : « Dans un segment périphérique du foyer de spléno-pneumonie, non loin de la plèvre épaissie en ce point, on trouve *deux follicules tuberculeux* avec cellules épithéloïdes et plasmatiques autour de cellules géantes, dans une atmosphère de lymphocytes. Ce tubercule microscopique est inclus dans une travée conjonctive riche en leucocytes. »

Sabrazès donne de ce fait l'interprétation suivante :

Il existe dans un poumon une épine irritative (tubercule solitaire discret), de ceci résulte un léger degré de sclérose-péribronchique, le terrain est dès-lors préparé pour toute infection secondaire; dans ce cas particulier ce fut le pneumocoque qui réalisa cette infection secondaire à laquelle ressortissait le syndrome spléno-pneumonie observé.

Nous ne saurions souscrire à cette manière de voir.

Adoptant pleinement sur l'histogénèse de la tuberculose pulmonaire les idées de M. Tripier, notre maître, idées que nous avons exposées plus haut, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'invoquer une infection secondaire quelconque pour expliquer le processus qui, dans le cas envisagé par M. Sabrazès, donna cliniquement le syndrome de *spléno-pneumonie*.

Dès lors que furent trouvés histologiquement deux follicules tuberculeux, la nature de l'affection était jugée *ipso facto*.

De ce que il ne fut pas trouvé de bacilles de Koch dans les coupes histologiques, il ne résulte pas que la tuberculose ne fut pas en cause; tout histologiste de profession sait qu'il est très exceptionnel de trouver la signature bactériologique de tuberculose dans les coupes de tissus humains.

De ce que furent trouvées des colonies de pneumocoques sur des pièces relevées sur le cadavre, il ne résulte pas que l'infection secondaire pneumococcique puisse être mise en cause le malade étant vivant; il est en effet de notion courante que le cadavre est envahi par des

agents microbiens multiples dont il est impossible d'apprécier la spécificité.

Quant à nous, nous expliquons ce cas de la façon suivante : Il s'agissait de tuberculose, le processus tuberculeux ayant, à un moment donné de son évolution, revêtu le syndrome clinique de spléno-pneumonie, et il n'est pas douteux pour nous que si l'existence de cette maladie n'eût été tranchée aussi brusquement pour une raison que nous ignorons et dont l'auteur ne parle pas, la tuberculose n'eût évolué comme nous l'avons vu dans l'observation que nous venons de relater, les follicules tuberculeux n'ayant pas joué le rôle d'*épine irritante*, mais constituant la signature de la maladie.

CHAPITRE III

Diagnostic et Pronostic

Nous étant longuement étendus à propos de chaque observation sur la façon dont nous avons procédé pour établir le syndrome clinique auquel ces différents cas répondaient; ayant insisté comme il convenait sur le raisonnement grâce auquel nous avons posé le diagnostic de la nature tuberculeuse de ces processus, il nous sera permis maintenant d'être bref à ce sujet.

D'une façon générale, il n'est pas difficile de reconnaître la forme de l'affection à la base du poumon, qu'elle s'y présente sous le syndrome de congestion pulmonaire, de fluxion de poitrine, de pleuro-congestion ou de spléno-pneumonie; mais en réalité ces différentes modalités ne sont que des syndromes cliniques ou, peut-on dire, des aspects variables d'un malade à l'autre ou parfois même changeant chez le même individu en quelques jours; aspects cliniques sous lesquels existe la maladie elle-même qui les commande toutes, la tuberculose.

En un mot, l'important est moins de diagnostiquer

exactement la forme de la maladie pulmonaire que de reconnaître sa nature tuberculeuse.

Mais avant tout, il faut concevoir que la tuberculose peut justement revêtir ces différentes formes cliniques, sans quoi l'interprétation de ces faits deviendrait impossible soit quant à leur forme, soit quant à leur évolution. Or après avoir admis les idées de M. Tripier, que nous avons brièvement exposées plus haut, sur le processus tuberculeux dans le poumon, on trouve que la clinique vient donner sa démonstration aux faits anatomiques et histologiques bien mis en évidence par ce maître.

C'est assez dire que ce diagnostic comporte une éducation anatomo-clinique faite dans un certain sens.

Il faut d'abord concevoir la possibilité de ces faits avant de chercher à les interpréter et ceci ne peut se faire qu'en connaissant la théorie que nous avons énoncée; car en continuant à s'inspirer des données classiques sur le mode d'évolution de la tuberculose pulmonaire, il est véritablement impossible d'avoir la compréhension de ces faits et c'est sans doute pour cela que les auteurs n'y insistent pas comme il conviendrait.

En face d'un malade qui présente l'un des syndrômes dont nous avons parlé il importe d'avoir toujours présent à l'esprit que sous cette forme peut exister une tuberculose au début et déjà en évolution. Il sera habituellement aisé d'éliminer rapidement les diverses affections pulmonaires qui à un moment de leur évolution peuvent donner lieu à l'une de ces manifesta-

tion : poumon cardiaque, œdème actif ou passif, scléroses pulmonaires diffuses avec adhérences pleurales (souvent tuberculeuses d'ailleurs), syphilis pulmonaire, cancer du poumon et de la plèvre, etc. Les commémoratifs, la marche différente de la maladie, les symptômes fonctionnels autres, les lésions des divers organes faciliteront le diagnostic.

Il importe de fouiller soigneusement les antécédents héréditaires ou personnels du malade. La notion de la bacillose familiale ; l'existence antérieure d'accidents tuberculeux personnels sur d'autres appareils, squelette, organes lymphatiques, système génito-urinaire ; les renseignements que le malade pourra donner sur une affection antérieure pouvant être ramenée à la tuberculose, bronchites à répétition « rhumes négligés », pleurésie, asthme, chloro-anémie de la puberté, etc., aiguilleront sur la bonne voie.

On fera entrer en ligne de compte les habitudes d'alcoolisme, la misère physiologique, le passage brusque de la vie rurale à la vie urbaine obligé par les nécessités de la profession souvent pénibles et exigeant le séjour dans des milieux mal aérés, insalubres, le travail de nuit, la sédentarité, etc.

On ne négligera pas d'apprécier à leur juste valeur la physionomie, l'habitus du malade. Il est plus facile avec un peu d'habitude d'apprécier d'un regard ce qui chez un individu fait songer à la tuberculose, quant à l'ensemble de sa personne, que d'en donner une description. On doit tenir pour suspects *à priori* les sujets présentant une différence de coloration notable entre les cheveux, les cils, la moustache, la barbe et autres

poils du corps; suspects également sont les individus très grands et blonds. Sujettes à cautions sont les personnes qui malgré le travail au grand air, le défaut de soins spéciaux de toilette présentent une peau d'une délicatesse, ou un teint d'une pureté que l'on trouve rarement dans la condition sociale des malades d'hôpital; les sujets de nationalité italienne paraissent présenter une aptitude particulière à devenir tuberculeux.

« L'apparence extérieure de mes phtisiques, dit Hippocrate, était celle-ci : ils étaient glabres, avaient la peau blanche et marquée de taches de rousseur, ils avaient le poil roux, des yeux d'un bleu d'azur, la chair molle et des ailes aux épaules. »

Quelques signes donneront plus de probabilité encore; des troubles digestifs sans caractères bien nets, un amaigrissement continu dont la raison n'est pas évidente, une perte des forces que rien n'explique encore, de l'insomnie avec agitation nocturne et quelques sueurs. L'étude de la température devra être faite avec beaucoup de soins; elle pourra révéler un peu d'hyperthermie le soir ou dans le courant de la nuit ou après un exercice un peu prolongé; d'ailleurs la fièvre est l'un des meilleurs signes de la tuberculose « lorsque la cause d'une fièvre intermittente échappe, il faut penser à la tuberculose » (Paviot).

Bref, il importera de rechercher tous les petits signes de la tuberculose.

Il va sans dire que l'on devra s'entourer de tous les procédés de laboratoire mis à la disposition et que l'on devra n'en négliger aucun en leur consentant la

valeur qu'ils méritent car les signes de certitude peuvent manquer pendant très longtemps, en tous cas pendant un temps assez long pour que tout traitement devienne illusoire.

Les crachats peuvent faire totalement défaut comme dans quelques-uns de nos cas; lorsqu'ils existent (comme c'est la règle générale) il peut être impossible malgré les recherches les mieux faites et répétées le plus souvent d'y trouver aucun bacille. Le malade de l'observation VI, ne présenta jamais aucun bacille dans son expectoration d'ailleurs presque nulle bien que nous fîmes une dizaine de recherches et cependant l'analyse anatomo-pathologique fut confirmative de la tuberculose que nous avions diagnostiquée. Les bacilles peuvent d'autre part apparaître si tardivement dans l'expectoration (obs. XII) que le diagnostic est fait dès longtemps de par les autres symptômes; ceci n'est pas fait pour surprendre si l'on a admis la théorie des processus tuberculeux telle que nous l'avons exposée. La bacillose avant d'arriver au stade d'ulcération, avant d'être *ouverte* comme l'on dit, peut évoluer pendant longtemps; et l'on sait que si la découverte du bacille de Koch peut être considérée comme confirmative d'un diagnostic hésitant, son absence ne saurait faire écarter ce diagnostic posé sur d'autres signes dont la constatation donne la certitude clinique.

Il nous a paru que *la rétraction de la paroi thoracique* avait une grande valeur diagnostique lorsque l'évolution de l'affection fut assez longue pour lui permettre de se réaliser.

Il est des cas très difficiles et qui déjouent l'examen le mieux conduit. Nous allons citer une observation, due à l'obligeance de M. Bret, où fut commise une erreur impossible à éviter et qui démontre bien, comme nous l'avons déjà dit que la *pleuro-congestion* comme la *congestion pulmonaire* n'est qu'un syndrome clinique ou autrement dit un mode de réaction de l'appareil pleuro-pulmonaire à des causes diverses et notamment à la tuberculose.

Il s'agissait d'un malade présentant tous les signes d'une pleuro-congestion; le diagnostic fut porté dans ce sens et l'on eut la surprise de découvrir à l'autopsie un mal de Pott dont rien n'avait fait prévoir l'existence pendant la vie du malade. Le corps de la IX^e vertèbre dorsale était le siège d'une cavité de la grosseur d'une noix et située sur la face antérieure; quelques points d'ostéite tuberculeuse existaient à l'extrémité postérieure des sixième, septième et huitième côtes. Soit au niveau de la cavité vertébrale, soit au niveau des points d'ostéite costale, la plèvre était très adhérente et l'on y trouvait des lésions tuberculeuses correspondant au contact avec les divers points d'ostéite; aux poumons étaient les lésions décrites.

Bref il s'agissait d'un mal de Pott dont les ulcérations avaient inoculé par continuité la cavité pleurale et le poumon, le malade ayant succombé brusquement à une poussée de granulie terminale.

Ces cas sont très rares et d'un diagnostic impossible. Lorsque l'on a à envisager les complications pleurales ou pulmonaire directes d'un mal de Pott, il s'agit le plus souvent d'un abcès par congestion ouvert soit

dans la cavité pleurale soit dans le poumon (voir les thèses de Guérineau et de Chénieux) ce qui n'était pas le cas.

Voici d'ailleurs cette observation.

OBSERVATION XIII

DIAGNOSTIC

Pleuro-congestion du lobe inférieur droit.

— Sciatique droite

Observation due à l'obligeance de M. BRET, médecin des Hôpitaux de Lyon.

R. J., 48 ans, tisseur. — Entrée : 30 septembre 1909 ; mort : 4 février 1910.

Le malade entre à l'hôpital pour des douleurs de la jambe droite.

Au point de vue des antécédents héréditaires, son père est mort d'une attaque, sa mère de ramollissement cérébral.

Il est célibataire ; ne se rappelle pas avoir eu de maladies de l'enfance, sauf la coqueluche. Il n'a jamais toussé. Pas d'excès de boissons. Nie toute maladie vénérienne.

L'affection actuelle a débuté il y a six jours par des douleurs dans la jambe droite. Gênant d'abord la marche, la douleur l'obligea bientôt à garder le lit.

Les douleurs occupent le trajet du sciatique, où on les réveille en appuyant au niveau de l'échancrure sciatique, à la face postérieure de la cuisse et du mollet ; derrière la tête du péroné et la malléole externe.

Le malade se plaint de quelques douleurs à la jambe

gauche, à la face postérieure de la cuisse, mais très légères.

On n'a pas le signe de Bonnet ni celui de Lasègue à aucune des deux jambes. Laxité très grande de l'articulation coxo-fémorale. Ankylose du genou droit et atrophie de la jambe droite (ayant succédé à fracture de cuisse que le malade se fit il y a deux ans).

Examen des poumons.

a) Poumon gauche : sonorité et respiration normales.

b) Poumon droit : La sonorité est normale au sommet ; diminuée dans le tiers moyen ; matité franche dans le tiers inférieur. Les vibrations sont un peu diminuées à la base. Le murmure est normal au sommet ; très faible à la base. Dans toute cette région submate, s'entendent quelques râles congestifs et des frottements pleuraux abondants, surtout dans la seconde moitié de l'expiration.

Il semble que le malade ait eu là un processus aigu en voie de résolution. Il ne tousse pas et n'a pas toussé, mais il se rappelle avoir eu froid quelques jours avant de tomber malade.

Au cœur : Pointe dans le cinquième, rien à signaler.

Tube digestif : Rien à noter.

Température : 38°.

Les urines contiennent un peu d'albumine, pas de sucre.

11 octobre. — A droite : matité dans le tiers inférieur en arrière ; dans les deux tiers inférieurs, la respiration fait complètement défaut ; on y entend quelques râles humides à la fin de l'inspiration.

Matité mobile au niveau du neuvième espace en avant.

2 novembre. — Au thorax. — *Poumon droit.* — *En arrière* : matité dans une hauteur de quatre travers de doigt à partir de l'extrême base avec diminution sensible des vibrations vocales. Atténuation du murmure dans les deux tiers inférieurs du thorax : obscurité complète du tiers inférieur. Crépitation sèche inspiratoire d'intensité croissante du début à la fin de l'inspiration, perçue très dis-

tinement dans la zone de matité et encore au-dessus quoique plus faiblement. Ni pectoriloquie aphone, ni souffle, ni œgophonie.

En avant : Sonorité jusqu'à la limite supérieure du foie.

Poumon gauche : Rien à signaler.

Les douleurs de la jambe droite persistent bien qu'atténuées.

23 janvier 1910. — Léger œdème de la paroi thoracique au niveau de la région axillaire inférieure.

Voussure notable du thorax à droite, sans déformation du rachis (sans scoliose).

Hémithorax gauche, 40. Hémithorax droit, 44.

Flot très net à la base droite au niveau des derniers espaces intercostaux. A ce niveau, les vibrations sont à peine perçues ; au-dessus, les vibrations vocales reparais-sent graduellement, deviennent normales au tiers moyen ; elles sont exagérées dans le tiers supérieur. Même exagération des vibrations en avant dans toute la hauteur.

A l'auscultation, *le murmure fait complètement défaut* (silence absolu) depuis l'extrême base jusqu'à la D.v. Au-dessus, il reparait mais sensiblement diminué par rapport au côté opposé.

Dans toute la zone silencieuse et mate, on perçoit des râles muqueux qui occupent toute la durée de l'inspiration et une partie de l'expiration ; râles à bulles moyennes, denses, mais qui offrent surtout le caractère d'être tout à fait superficiels et d'éclater sous l'oreille à la façon de craquements humides.

En avant : Sous la clavicule, la respiration est faible comme en arrière et s'accompagne de ces mêmes râles plus fins et plus rares.

Rien au cœur.

Le malade est pâle et un peu jaune avec les pommettes légèrement colorées. Il mange bien, tousse relativement peu. Expectoration muco-purulente sans caractère spécial, peu abondante. L'état général est relativement bien con-

servé ; le malade ne se plaint que d'une diminution d'ailleurs légère de ses forces et il se lèverait volontiers si on ne le retenait au lit. Pas d'essoufflement, aucun signe de cyanose. Mais la température reste au-dessus de 38° dépassant parfois 39° et présentant parfois le type inverse, et cela depuis plus de trois semaines.

26 janvier. — Ponction exploratrice (seringue de Roux) négative au niveau de la zone mate en arrière à droite.

27 janvier. — Ponction veineuse pour séroréaction tuberculeuse et de Wassermann.

On pratique l'examen radioscopique.

En arrière. — *A droite* : Zone d'obscurité à la base qui va en diminuant jusqu'au sommet lequel pourtant ne présente pas sa clarté habituelle. *En aucun point il n'y a de limite nette entre l'obscurité et la clarté relative* ; notamment par le ménisque concave de pleurésie.

A gauche : Il existe également de l'obscurité quoique moins accusée qu'à droite. De plus il semble que cette obscurité aille en s'atténuant depuis la base jusqu'au sommet.

En avant. — *A gauche* : Rien de spécial, la clarté y est plutôt faible.

A droite : Aspect pommelé du parenchyme avec pénombre plus accentuée à la base.

30 janvier. — Même état du malade qui tousse et crache peu ; continue à s'alimenter de façon suffisante ; se lève quelque peu et n'est que médiocrement essoufflé.

Mêmes signes physiques.

Réaction de Wassermann négative.

Séro-diagnostic tuberculeux positif à un cinquième, négatif à un dixième et à un quinzième.

4 février. — Le malade meurt brusquement dans la nuit.

L'état ne présentait rien de spécialement alarmant la veille ; à trois heures du matin, après être allé à la chaise percée, il eut une syncope, au dire de la garde.

AUTOPSIE faite le 5 février 1910

Cadavre en bon état de conservation.

A l'ouverture de la cavité abdominale : ascite séro-fibrineuse de moyenne abondance, sans granulations péritonéales, sans dépoli appréciable. On décortique la plèvre pariétale des deux côtés. Les poumons sont pesés avec la plèvre pariétale et les portions du péricarde et du diaphragme adjacentes.

Au bord supérieur de la sixième côte, au bord supérieur de la septième et au bord inférieur de la huitième, on note quatre petites surfaces ulcérées dont deux au moins conduisent sur une côte dénudée et sonnante au stylet. Sur la plèvre pariétale on trouve un nombre égal de lésions correspondantes.

Des deux côtés de la colonne vertébrale, dans la région dorso-lombaire, le tissu cellulaire est épaissi, lardacé, criant sous le couteau.

Du côté gauche, la section donne issue à un liquide gommeux, purulent, d'aspect nettement tuberculeux et d'ailleurs le stylet conduit sur un os dénudé. Tout ce bloc est enlevé et à l'examen de la pièce, on trouve une carie de la D ix conduisant dans une cavité du volume d'une petite noix qui dépasse la hauteur du corps vertébral pour léser le cartilage et le corps de la vertèbre sus-jacente.

Sur la plèvre pariétale épaissie on voit nettement les empreintes des côtes.

Poumon gauche. — Symphyse interlobaire et pleurale totale. Cependant, en arrière, au niveau de la moitié inférieure du lobe inférieur, il existe un épanchement séro-sanguinolent enkysté dans une poche remplie de néomembranes fibrineuses constituant des adhérences lâches. Ces fausses membranes sont infiltrées de sérosité, de ce fait la plèvre viscérale et la face interne de la plèvre pa-

riétale ont un aspect tomenteux ; mais de plus, toute la surface de la plèvre pariétale est hérissée d'un semis de grains très confluent, blancs, qui lui donne un aspect de langue de chat (fibrine).

Le parenchyme pulmonaire sous-jacent ne crépite en aucun point ; il est le siège d'une infiltration œdémateuse assez accusée. Il est parcouru par des tractus blanchâtres anastomosés qui dessinent les septa interlobulaires à la façon d'une sclérose cardiaque.

D'autre part, il existe un semis de granulations grises, saillantes, dures au toucher, comme des grains de plomb, isolées, mais le plus souvent groupées sous forme de masses à configuration irrégulière correspondant à un ou plusieurs lobules, entraînant dans ce cas avec elle une réaction fibroïde qui donne à l'ensemble l'aspect d'un gros tubercule fibreux.

Cette disposition se rencontre dans le lobe supérieur aussi, mais les formations tuberculeuses nodulaires ou miliaries y sont beaucoup plus isolées et moins confluentes.

Poumon droit. — Symphyse pleurale et interlobaire totale. Sur le bord postérieur du poumon et isolés de la plèvre pariétale, on remarque, au niveau du lobe inférieur, sur le relief formé par les empreintes costales, des dépôts caséux d'étendue variable et qui correspondent aux points d'ostéite costale relevés sur le côté droit du thorax.

Ces dépôts caséux intéressent toute l'épaisseur de la symphyse et pénètrent plus avant dans la portion corticale du parenchyme pulmonaire. La symphyse elle-même est constituée par un tissu conjonctif d'aspect muqueux très riche en vaisseaux néoformés, injecté, et infiltré de sérosité. Le parenchyme sous-jacent est absolument vide d'air dans sa presque totalité et sur les surfaces de section, on distingue un tissu pulmonaire infiltré de sérosité et un semis très confluent, très dense de granulations miliaries incluses dans un réseau fibrôïde pigmenté d'anthraxose.

Cette éruption miliare du lobe moyen va en diminuant d'intensité à mesure que l'on se rapproche du lobe inférieur.

Elle est plus discrète encore dans le lobe supérieur, bien que dans ce dernier, l'on remarque d'assez gros nodules d'aspect fibroïde à contours circinés dans lesquels on distingue les granulations élémentaires comme dans le lobe inférieur. Infiltration très marquée de ce lobe.

Cœur.— De petit volume mais hypertrophié malgré cela (épaisseur anormale du ventricule droit). (Poids du cœur, 240 grammes).

Reins. — Reins durs, d'aspect bigarré. On y remarque une vascularisation anormale de la substance pyramidale et de la substance corticale ; dans celle-ci la vascularisation s'accuse par l'injection des veines interlobulaires. Dans son ensemble, la substance corticale est épaissie (1 centim.), il en est de même pour les colonnes de Bertin. Aspect gras, translucide, et la coloration fait ressortir l'injection vasculaire. On distingue nettement des tubercules soit dans la partie supérieure de la corticalité soit à la base des pyramides.

Décapsulation facile.

Quelques granulations miliaires dans les pyramides.

Rate. — Diffuente et ramollie.

Foie. — Quelques petits angiomes biliaires. Bile boueuse. Pas de capsulite ni de péritonite sus-hépatique.

Prostate et vésicules séminales. — Pas de lésions tuberculeuses.

Poids des organes :

Rein droit.....	165 gr.
Reins gauche.....	490 »
Poumon droit.....	1.060 »
Poumon gauche..	1.270 »
Foie.....	1.370 »
Rate.....	110 »
Caps. surrénale droite.	40 »
Caps. surrénale gauche	6 »

Ces cas sont comme nous l'avons dit d'une excessive rareté et pratiquement, le diagnostic différentiel est à faire, et cela offre déjà d'assez grandes difficultés avec le *poumon cardiaque*, les *œdèmes pulmonaires* actifs ou passifs, la *pneumonie prolongée* ou *chronique* (succédant toujours à des poussées aiguës parfois facilement méconnues); avec la *sclérose pulmonaire diffuse*, les *adhérences pleurales* étendues, les *dilatations bronchiques* avec sclérose et emphyseme, le *cancer du poumon* : peut-être y aura-t-il lieu de discuter parfois les *congestions pulmonaires*, *fluxion de poitrine*, *pleuro-congestion*, *spléno-pneumonie*, des auteurs relevant d'autres étiologies mal connues.

Quoi qu'il en soit, on ne devra rien négliger pour arriver au diagnostic de la nature, de l'affection après avoir fixé sa forme, car le pronostic à porter en dépend étroitement.

Le pronostic est très délicat à formuler car de multiples facteurs entrent en jeu.

Il s'agit de tuberculose et de ce fait le pronostic est grave d'une façon générale et doit être très réservé.

Dans leur ensemble, les processus tuberculeux que nous avons envisagés ont une évolution plus favorable à la base qu'au sommet. Il est certain que pour des raisons difficiles à apprécier, cette région du poumon est beaucoup plus rarement atteinte de tuberculose que le sommet de l'organe ; pour d'autres raisons tout aussi obscures, mais que nous avons essayé de faire prévoir, il semble que cette portion une fois envahie se défende mieux que le reste du poumon, Il y a donc là les éléments d'un pronostic moins sombre.

A la lecture des observations (XII et VI) on a pu voir combien dans l'un des cas la durée de l'évolution fut longue malgré qu'il s'agit d'une femme chétive et dans l'autre avec quelle torpidité marcha la tuberculose qui permit à une autre maladie d'enlever ce sujet. Il serait difficile de dire le nombre de malades qui, atteints d'un processus de base de nature probablement tuberculeuse, mais rattaché à tout autre cause, gardent cela dans leurs vieux souvenirs.

Il importe d'autre part au plus haut point de tenir le plus grand compte de la forme même de l'affection et il est certain que, toutes choses égales d'ailleurs, la gravité est fonction de la densité du processus. On peut concevoir en effet qu'un processus inflammatoire caractérisé par un exsudat peu dense en éléments cellulaires et formé surtout de liquides, soit d'une résolution plus facile et plus rapide que tel autre processus très riche au contraire en éléments figurés et tendant à l'hyperplasie tout en excitant une réaction pleurale cliniquement décelable. De fait, nous avons vu les cas de fluxion de poitrine ou de congestion pulmonaire avoir une tendance manifeste à la résolution tandis que les cas de pleuro-congestion, de spléno-pneumonie ou de pneumonie hyperplasique tuberculeuse poursuivaient leur évolution.

Il faut considérer aussi l'affection quant à sa fixité de localisation; car si l'on peut reconnaître au processus pneumonique une bénignité relative tant qu'il reste cantonné à la base du poumon, il n'en va plus de même lorsqu'il revêt une allure erratique et qu'il lui arrive de se fixer au sommet de l'organe. Dans ce cas,

le pronostic devient d'une gravité redoutable et l'on voit la nouvelle poussée hâter son évolution, prendre le pas sur la localisation de base et poursuivre une marche qui ne peut plus être enrayée.

Les résultats du traitement que l'on aura dirigé contre l'affection donneront souvent des indications précieuses pour porter un pronostic. Dans certains cas, l'on obtient des succès véritablement surprenants par la vésication systématiquement appliquée au niveau du processus pneumonique. Certaines régions absolument obscures la veille, sans murmure et sans râles, reprennent le lendemain leur perméabilité, le souffle tubaire disparaît, les râles éclatent facilement, le murmure revient et l'on assiste en quelque sorte à la résorption des exsudats. De tels résultats obtenus permettent en général de bien augurer d'un organisme qui n'avait besoin que d'un coup de fouet pour franchir la passe dangereuse.

Il faut se rappeler surtout qu'avant la maladie il y a le malade. La résistance particulière de chaque individu à l'affection est un facteur dont l'importance ne peut être discutée, mais qu'il est aussi très difficile d'apprécier *à priori*. Certains sujets ne présentant aucune tare d'aucun appareil ou organe autre que le poumon, dont les émonctoirs fonctionnent bien, dont le cœur, soit physiologiquement, soit même pathologiquement, entretient une circulation énergique, opposent à l'évolution de la maladie une résistance extraordinaire. D'autres qui se trouvent dans des conditions inverses ne peuvent faire les frais d'une résistance prolongée et succombent rapidement.

Dans cet ordre d'idées on devra prendre en considération tout ce qui sera capable d'éclairer le mieux sur cette connaissance si difficile de ce que l'on a appelé le *capital vital* d'un individu.

CHAPITRE IV

Traitement

Nous avons cherché à établir que les processus de base que nous avons envisagés et qui répondent aux divers syndrômes cliniques connus sous les noms de *congestion pulmonaire*, de *fluxion de poitrine*, de *pleuro-congestion*, et de *spléno-pneumonie*, peuvent être de nature tuberculeuse ; ces états sont, comme nous l'avons dit, des aspects cliniques sous lesquels existe la maladie elle-même qui les commande tous, la tuberculose.

Cette considération pèse de tout son poids sur le pronostic à porter au sujet d'un malade atteint d'une affection pulmonaire de cette nature et si elle engage l'avenir, elle doit quant au présent inciter le médecin à instituer un traitement approprié.

Il s'agit de tuberculose et la thérapeutique ne doit pas s'avouer impuissante.

Notre intention n'est pas de développer le traitement général commandé par cette maladie ; ce traitement est bien connu tant par les nombreux travaux qu'il a

suscités que par les résultats parfois hors de toute prévision qu'il a donnés. Il nous suffira de dire qu'il est de toute importance de l'appliquer rigoureusement soit pour contribuer à la cédation des phénomènes actuels, soit pour maintenir le résultat que l'on aura obtenu par le traitement local.

Le repos, la suralimentation, la vie à la campagne, la cure d'air, la gymnastique respiratoire, constitueront le fond de ce traitement général.

Mais il s'agit d'accidents aigus siégeant en un point du poumon et ordinairement bien localisés ; de ces deux conditions, nous semblent découler deux indications thérapeutiques : il faut agir rapidement et localement.

Il nous a paru que la *réruulsion par le vésicatoire* répondait d'une façon parfaite à ces deux indications.

Il est peu d'agent thérapeutique qui est soulevé d'aussi vives polémiques et si le vésicatoire eut de violents détracteurs, d'ardents défenseurs louèrent son efficacité.

Nous ne voulons citer que pour mémoire l'opinion de M. Huchard (1). « Qu'importent les maigres résultats, en apparence heureux, comme dans l'hydarthrose, l'hygroma, etc... si on s'expose ensuite à les payer fort cher... Il est facile d'obtenir l'équivalent avec moins d'inconvénients. En résumé, le vésicatoire a fait son temps et nous devons y renoncer. »

C'est en lisant les comptes rendus des sciences de l'Académie de médecine en 1898 que l'on peut voir

(1) HUCHARD. — Société de thérapeutique, mars 1896.

jusqu'à quel point partisans et adversaires du vésicatoire mirent de passion à traiter ce sujet. Après les réquisitoires de Laborde et de Huchard, on entendit les plaidoyers de Robin, Hervieux, Panas. Dans son traité de thérapeutique de 1892, Manquat relève dix chefs d'accusation et conclut : « En présence des inconvénients que nous venons de signaler, il faudrait que le vésicatoire présentât de bien grands avantages pour qu'on se décidât à en faire usage... son usage est tout entier du domaine de l'empirisme. »

D'autre part Hervieux fait entendre des paroles dont on appréciera toute la sagesse : « Il faudrait donc admettre qu'en constatant pendant un quart de siècle, l'indiscutable efficacité de ce mode de traitement, j'ai été la dupe continuelle d'une erreur sans exemple... à côté des doctrines pastoriennes : il y a la clinique qui parle au nom de l'expérience, au nom des faits constatés et des résultats obtenus. »

Fr. Frank à la suite d'expériences intéressantes sur la vésication arrive à des conclusions que l'on peut résumer ainsi. Presque toutes les excitations des nerfs sensibles, de ceux au moins du tégument externe provoquent une réaction circulatoire marquée qui se caractérise pour le physiologiste par l'élévation considérable de la pression dans les artères. En réalité ce n'est pas l'action du cœur qui augmente la pression, mais il se produit grâce aux excitations nerveuses vasomotrices, un resserrement des vaisseaux profonds et une dilatation des vaisseaux superficiels. Ces renseignements suffisent pour permettre de considérer tous les vaisseaux des organes splanchniques (abdo-

men, (thorax) comme susceptibles de se resserrer sous l'influence des irritations cutanées et de produire ainsi, d'une part la décongestion des tissus profonds, d'autre part leur préservation contre les effets d'un excès de pression artérielle. Telle est l'opinion de *Fr. Franck*; nous pourrions en citer bien d'autres.

Manquat, Valvassori et Peroni, Maragliano, Winternitz disent que la vésication crée une néoformation de cellules jeunes, de cellules lymphatiques; elle provoque la levée en masse d'une nouvelle armée phagocytaire en même temps que le pouvoir bactéricide des humeurs.... En somme la vésication produit une hyperleucocytose générale.

Panas donne une explication différente.

« Dans les données actuelles de la science, la révulsion nous apparaît comme un foyer de phlogose de voisinage qui faisant appel aux microbes, aux toxines et aux phagocytes débarrasse d'autant l'organisme malade, lequel en est la proie. »

Il s'agit à vrai dire d'hypothèses ingénieuses auxquelles nous ne saurions souscrire pour la plupart; M. Tripier ayant expliqué sa façon de voir sur la phagocytose dans son traité d'Anatomie pathologique et nous adoptons pleinement les idées de ce maître.

Quoiqu'il en soit des théories par lesquelles on cherche à expliquer les effets de la vésication, il n'en est pas moins que le fait existe et qu'il est indubitable que l'on peut attendre les meilleurs résultats de ce mode thérapeutique.

Dans de très nombreux cas nous avons vu l'état des

malades s'améliorer d'une façon considérable sous l'influence d'une vésication systématique et intense.

Alors qu'en de certains points l'examen du poumon montrait, de par la submatité intense, l'obscurité respiratoire, l'absence de râles, qu'il s'agissait de portions hépatisées dans lesquelles il était téméraire de supposer que la perméabilité se rétablît jamais; il nous fut plus d'une fois possible de voir le murmure vésiculaire et les râles reparaitre, et cela sous l'influence d'une vésication intense, alors que tout faisait craindre de voir survenir des ulcérations plus ou moins rapides ou étendues.

Ceci étant, nous le répétons, un fait de constatation que l'on est libre d'interpréter de la façon qu'il plaira mais dont il est impossible de contester la réalité.

Aussi, avons-nous pour règle de conduite d'user largement du vésicatoire dans tous les cas analogues à ceux que nous avons analysés; il nous est arrivé chez certains de ces malades d'appliquer jusqu'à quinze topiques et cela dans l'espace de quelques mois; nous n'avons jamais vu se produire par cette méthode aucun incident digne d'être signalé; une seule fois il y eut un peu de dysurie qui céda immédiatement à la suppression de la cause.

Nous utilisons les vésicatoires ou mieux les topiques sous la forme habituelle et suivant le mode d'emploi bien connu; ceux dits de « un franc » conviennent parfaitement quant à la dimension. Dans le cas de poussée inflammatoire de nature tuberculeuse d'un sommet, par exemple, il nous arrive de diviser le topique en

deux parties égales et de placer l'une au niveau de la clavicule, l'autre sur la fosse sus-épineuse.

Nous tenons à répéter que ce mode de traitement nous a donné, dans la plupart des cas, des résultats remarquables, bien supérieurs en tout cas à ceux que l'on peut attendre des pointes de feu et rendant difficile à comprendre pour nous le discrédit dans lequel est tombée la vésication cantharidienne.

Quel que soit la nature intime des réactions par lesquelles agit cette médication; que ce soit en augmentant la ventilation pulmonaire et les échanges gazeux, comme le dit Robin; que ce soit, d'après les expériences de Zülger et de Mosler en provoquant de la congestion des plans superficiels et de l'anémie des muscles profonds et de la paroi interne thoracique réalisant en quelque sorte une circulation expérimentale au moment où l'équilibre se rompt et au moment où il se rétablit; il importe assez peu d'avoir des certitudes à cet égard si l'on a pu constater l'efficacité de cette médication.

Pidoux parlait de faire dans la tuberculose une cure de vésicatoires, et nous relevons dans une communication à l'Académie de médecine cette phrase de *Darembert* :

« Le médecin doit user largement des petits vésicatoires répétés quand il se trouve en présence d'un phthisique résistant atteint d'une poussée limitée de congestion pleurale, pulmonaire ou bronchique, n'élevant pas la température au-delà de 38°5. Dans ces cas je crois pouvoir affirmer que le petit vésicatoire répété, s'il le faut, trois ou quatre fois de suite, a les

plus heureux résultats. Quand, avec ces poussées limitées, la température n'atteint pas 38°, la petite vésication à répétition produit des effets vraiment merveilleux. »

Certes, l'on n'aura pas la satisfaction de guérir toujours son malade ; souvent, malgré le traitement général le mieux dirigé, malgré le traitement local le plus intense et commencé dès la meilleure heure, la tuberculose continuera son évolution quoiqu'on puisse faire, mais l'on aura du moins appliqué la seule méthode qui à l'heure actuelle soit capable de donner quelque résultat.

D'autrefois, la marche de l'affection se trouvera enrayée pour longtemps ; de telle sorte que si le médecin y gagne la reconnaissance de son malade, il pourra se voir reprocher par ceux qui n'admettent pas la spécificité de ces processus d'avoir songé à la tuberculose là où ils auraient diagnostiqué une fluxion de poitrine ou une congestion pulmonaire idiopathiques pour peu qu'ils n'eussent pas songé à la grippe ; et il ne lui restera qu'à souhaiter que l'avenir conservant à son malade la santé donne apparemment raison à ses contradicteurs.

CONCLUSIONS

1° Il existe une localisation de la tuberculose pulmonaire à la base, primitive ou du moins prédominante (qu'il ne faut pas confondre avec la localisation au sommet du lobe inférieur).

2° Cette localisation à la base peut revêtir les formes décrites en clinique sous les noms de *spléno-pneumonie* (de Grancher), *de congestion pulmonaire* (Woillez), *de fluxion de poitrine* (Dupré), *de pleuro-congestion* (Potain).

3° Si ces divers syndromes peuvent être d'autre nature, des faits prouvent qu'ils peuvent être de nature tuberculeuse.

4° On peut observer à la base, des processus tuberculeux de nature, répondant aux divers degrés du processus pneumonique en général. C'est-à-dire répondant :

a) A l'engouement avec souffle pseudo-pleurétique et râles fins aux deux temps;

b) Au bloc pneumonique de densité moyenne avec souffle plus franchement tubaire et râles crépitants vrais ou humides;

c) Au bloc pneumonique dense avec souffle tubaire et sans murmures ni râles.

5° L'évolution de ces processus tuberculeux de base se fait avec lenteur sans cédation brusque, la perméabilité se rétablissant plus ou moins; mais ils peuvent évoluer aussi soit dans l'hypoplasie soit dans la caséification et l'ulcération. Mais dans ce dernier cas, les sommets sont envahis et prennent rapidement le pas dans la fonte caséreuse.

6° Le *diagnostic* de ces processus de base, souvent difficile, peut être établi :

a) Par les signes d'une localisation plus atténuée ou sclérosée à un sommet ;

b) Par des localisations de la tuberculose sur d'autres organes ou appareils que le poumon ;

c) Par la présence de bacilles dans les crachats ;

d) Par l'évolution et l'envahissement des sommets par le processus pneumonique. Mais avant tout, il faut connaître la possibilité de la localisation de la tuberculose aux bases pour en dépister le diagnostic.

7° L'évolution de cette forme basale a, sinon des caractères de bénignité, du moins ceux d'une marche plus lente. Le *pronostic* varie avec l'état général du sujet, la densité du processus pneumonique tuberculeux qui atteint la base, avec sa résistance à la thérapeutique. Mais en général, la marche de l'affection change brusquement quand une localisation durable se fait au sommet, compliquant celle de la base et évoluant alors plus rapidement vers la caséification et l'ulcération.

C'est une des formes les plus susceptibles d'être uti-

lement modifiée par la thérapeutique révulsive locale (vésicatoire). Celle-ci peut faire reparaitre soit des râles soit le murmure dans le bloc pneumonique ou engoué tuberculeux de base. La vésication peut aussi, dans les formes migratrices du processus tuberculeux sautant d'une base à un sommet puis d'un sommet à une base, permettre d'agir d'une façon évidente quand elle est pratiquée systématiquement et largement sur chaque nouvelle localisation.

Vu :

Le Président de la Thèse,
J. PAVIOT.

Vu :

Le Doyen de la Faculté,
L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 27 avril 1910,

*Pour le Recteur, Président du Conseil
de l'Université,*

Le Vice-Président,

L. HUGOUNENQ.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Diagnostic précoce de la tuberculose par les nouvelles méthodes. Congrès de la tuberculose 1905.
- ASLAGNAN. — De la phtisie pulmonaire accompagnée d'accès pseudo asthmatique, 1890.
- BABLON. — Vésication et révulsion. Thèse de Lyon 1892.
- DE BACKER. — Institution des sanatoria en France pour la cure des phtisiques. Paris 1895.
- BALME. — Etude sur la fréquence de la tuberculose latente. Thèse de Lyon 1904.
- BALZER. — Les pneumonies chroniques. Dict. Jaccoud 1880.
- BARD. — De la phtisie fibreuse chroniques, ses rapports avec l'emphysème pulmonaire et la dilatation du cœur droit. Thèse de Lyon 1879.
- BAUD. — Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, classification et description sommaire. Genève 1901.
- BARÉTY. — De l'adénopathie trachéo-bronchique en général et en particulier dans la scrofule et la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris 1874.
- BARTH. — Les pneumonies chroniques. Dict. Dechambre.
- BERTHIER. — De la pneumonie caséuse.
- BEZANÇON. — Tuberculose pulmonaire latente et tuberculose pulmonaire atténuée. Bull. soc. intern. des hôpitaux. Paris 1907.
- BESSON. — Etude expérimentale sur la révulsion. Thèse de Lyon 1900.
- BOURGEOIS. — De la congestion pulmonaire simple. Thèse de Paris 1870.
- BRELET. — Des résultats fournis par l'étude de la température pour le diagnostic précoce de la tuberculose. Gaz. des hôp., mars 1909.

- BRET. — Essai de différenciation de la pneumonie aiguë hyperplasique avec les différentes formes de pneumonies chroniques. Thèse de Lyon 1891.
- BROUARDEL. — Note sur la pneumonie interstitielle qui accompagne la pleurésie. Soc. méd. hôp. 1892.
- CARRIÈRE. — Bactériologie des congestions pulmonaires dites idiopathiques. Presse médicale, janvier 1898.
- De la congestion idiopathique pulmonaire. Revue de médecine, octobre 1898.
- CARRIÈRE ET AUCHÉ. — Spléno-pneumonie dans la fièvre typhoïde. Archives cliniques de Bordeaux, sept. 1897.
- CATTET. — De quelques symptômes du début de la phthisie pulmonaire. Thèse de Paris 1879.
- CELLERIER. — De la tuberculose dans l'étiologie de la sciatique. Thèse de Lyon 1904.
- CHARCOT. — Pneumonies chroniques. Œuvres complètes (T. V).
- CHOUX. — Tuberculoses pulmonaires latentes. Thèse de Paris 1904.
- CLAISSE. — Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par l'auscultation. La Clinique, nov. 1908.
- CLÉMENT. — De la valeur séméiologique des températures diverses. Lyon méd. oct. 1905.
- DARMEZIN. — Des variations de poids dans la tuberculose pulmonaire chronique. Thèse de Lyon 1901.
- DEBOVE. — Leçons sur la tuberculose pulmonaire 1884.
- Pneumonie chronique ulcéreuse. Soc. méd. hôp. 1884.
- DELPEUCH. — De l'habitus tuberculeux et en particulier de la prédisposition des roux à la phthisie. Presse méd. juillet 1899.
- DESTOT. — La tuberculose au début et la radioscopie orthogonale. Bull. méd. 1903.
- DIEULAFOY. — A propos d'un malade atteint de fluxion de poitrine catarrhale. Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1878.
- DREYFUS, BRISSAC, BRUHL. — Phthisie aiguë. Paris 1892.
- DUCASTEL. — Scléroses pulmonaires. Soc. méd. hôp. 1884.
- DUFLOCQ. — Congestions pleuro-pulmonaires, 1889.
- DUPRÉ. — Considérations sur la fluxion de poitrine de nature catarrhale. Montpellier médical. 1874.
- D'ESPINE. — Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Congrès international de la tub. 1905.

- FERNET. — De quelques signes du début de la tuberculose pulmonaire chronique. Bull. de l'Acad. de méd. oct. 1898.
- D'un syndrome particulier au début de la tuberculose pulmonaire chronique. Soc. méd. des hôp., juillet 1899. Bull. de la Soc. clinique 1878. France médicale 1878.
- FIESSINGER. — De l'hyperthermie au début de la tuberculose aiguë (Gaz. méd. de Paris, 14 nov. 1891.)
- FOWLER. — Arrested pulmonary tuberculosis. London 1892.
- De la localisation des lésions de la phthisie. Traduct. Tussau, Paris 1882.
- GRANCHER. — Sphéno-pneumonie. Soc. méd. des hôp. 1883.
- Maladies des voies respiratoires, 1890.
- Rapport sur la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire. Bull. Acad. de méd. 1898.
- Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Bulletin médical.
- Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Journal de méd. et de chirurg. pratiques, avril 1903.
- Première étape de la tuberculose pulmonaire. Diagnostic précoce par l'auscultation. 1905.
- GRANCHER-BARBIER. — Tuberculose pulmonaire (in traité Brouardel et Gilbert).
- GRANCHER-HUTINEL. — Phthisie (Dict. Dechambre).
- GRASSET. — La médication antiphlogistique et contro-fluxionnaire. Leçons de chimie médicale.
- GRISOLLE. — Traité de la pneumonie.
- HANOT. — Début de la phthisie pulmonaire. Sem. médicale, oct. 1895.
- HUCHARD. — Sur la vésication. Société de thérapeutique, mars 1896.
- Grippe infectieuse à forme bronchoplégique. Revue de méd. et de thérap. 1890.
- JACCOUD. — Traitement et curabilité de la phthisie pulmonaire, Paris 1888.
- KUSS. — Les cavernes de la base du poumon et leur diagnostic. Gaz. hôp. 1893.
- LABBÉ, AGASSE-LAFONT. — Anémie pernicieuse progressive et tuberculose. Bull. soc. méd. hôp. Paris, juin 1908.
- LABBÉ. — Les anémies tuberculeuses. Revue de méd. 1906.
- Diverses formes de l'anémie des tuberculeux chroniques.
- LANDOLFI. — Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par les points de submatité des sommets.

- LAUVE. — Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris 1900.
- MARIANI. — Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Cong. intern. de la tuberculose 1905.
- MARICOT. — De la phlegmatia alba dolens chez les tuberculeux. Paris 1899.
- MONTCORGÉ. — De la respiration faible physiologique à droite. Lyon médical 1894.
- Le murmure sous-claviculaire chez les tuberculeux. Lyon médical 1892.
- Séméiologie de certains râles unilatéraux. Lyon médical 1896.
- MOSNY et MALLOIZEL. — Spléno-pneumonies. Revue de méd. 1909-1910.
- MOURIQUAND G. — Diagnostic de la broncho-pneumonie infantile. Gal. des hôp., août 1908.
- MURAT. — La tuberculose pulmonaire bénigne. Th. de Montpellier 1908.
- PAVIOT. — Précis de diagnostic médical et de séméiologie 1908.
- PÉGURIER. — Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire et leurs indications thérapeutiques. Congrès intern. Madrid 1903.
- PETER. — Clinique médicale. Paris 1879.
- PIÉRY. — La tuberculose pulmonaire 1910.
- PLICQUE. — Les formes de la phtisie pulmonaire aiguë. Presse médicale 1895.
- Les sympt. fonct. et le diagnostic de la tuberculose au début.
- L'œuvre méd. therap., janvier 1907.
- Les formes avérées de la phtisie pulmonaire chronique. Presse méd. 1895.
- POTAIN. — Les influences individuelles et les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. Presse médic. 1896.
- Importance thérapeutique du diag. de la tuberculose à son début. L'œuvre médico-therap. 1906.
- Traitement de la tuberculose 1908.
- Pronostic et traitement de la tuberculose au début. Union méd. Paris 1894.
- QUEYRAT. — Thèse de Paris 1856.
- Traité des maladies de l'enfance (art. spléno-pneumonie).
- Note sur deux cas de spléno-pneumonie. Revue de médecine 1886.
- De la spléno-pneumonie. Gaz. hôp. juin 1892.

- QUEYRAT. — La valeur séméiologique de la diminution du murmure vésiculaire au sommet. Bull. méd. février 1908.
- REGIMBEAU. — Les pneumonies chroniques. Th. agrég. 1880.
- RÉNON. — Pneumonies interstitielles et pleurisées. Soc. méd. Hôpitaux 1899.
- Sur un type clinique de congestion pulmonaire et de pleuro-pneumonie sans expectoration. Soc. méd. Hôpitaux, mars 1899.
 - Diagnostic précoce de la tuberculose pulm. Paris 1906.
- J. RENAUT. — Pleurésie tuberculeuse phthisiogène d'emblée. Gaz. méd. de Paris 1884.
- Note sur la tuberculose en général et sur ses formes fibreuses pneumoniques en particulier. Soc. des sciences méd. Lyon 1879.
 - Diagnostic de la fausse pneumonie franche tuberculeuse. Prov. méd. 1887.
 - Un mot sur les formes pneumoniques de la tuberculose pulmonaire. Etudes exp. et cliniques sur la tub. 1888.
- RIEL. — De la pneumonie tuberculeuse lobaire. Thèse de Lyon 1888.
- RUAULT. — Exploration comparative de l'expansion des sommets dans la tuberculose pulmonaire. Presse méd. sept. 1903.
- SAILLANT. — Spléno-pneumonie. Gaz. des hôp. mars 1905.
- SABRAZÈS. — Multiplicité des formes anatomo-pathologiques des spléno-pneumonies. Semaine méd. 13 avril 1910.
- SEGELLE. — Vésication et leucocytosie. Thèse de Montpellier 1902.
- G. SÉE. — Phtisie bacillaire 1884.
- Maladies simples du poulmon.
- SERRAND. — Etude clinique sur les rapports entre la congestion pulmonaire et la pleurésie aiguë avec épanchement. Thèse de Paris 1878.
- STRAUS. — La tuberculose et son bacille. Paris 1895.
- SCHWEISGUTH. — Thèse de Paris 1895.
- TRIPPIER. — Sur la non-cicatrisation des cavernes tuberculeuses du poulmon avec persistance de leur cavité et sur une disposition de ces lésions qui favorise la généralisation hâtive de la tuberculose. Congr. tub. 1898.
- Traité d'Anatomie pathologique générale 1904.
 - Du processus pulmonaire dans la tuberculose. Congr. intern. Washington 1908.
 - Etudes anatomo-cliniques 1909.

VILLEDIEU. — Sciatique d'origine tuberculeuse. Thèse de Lyon 1902.

VOILLEMOT. — L'hyperhémie et ses rapports avec le diagnostic de la tuberculose au début. Thèse de Paris 1908.

WALSH. — Maladies du Poumon. Traduction Foussecquier, Paris 1880.

WOILLEZ. — Traité des maladies aiguës des voies respiratoires. Paris 1872.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — <i>Des processus tuberculeux et de leur localisation à la base du poumon...</i>	15
CHAPITRE II. — Processus tuberculeux de base répondant au type dit « congestion pulmo- naire »	31
Des syndrômes « pleuro-pneumonie » et « fluxion de poitrine » d'après les classiques	113
Processus tuberculeux de base répondant au type dit « fluxion de poitrine »	125
Processus tuberculeux de base répondant au type dit « pleuro-pneumonie »	135
Processus tuberculeux de base répondant au type dit « spléno-pneumonie »	175
CHAPITRE III. — <i>Diagnostic et pronostic</i>	203
CHAPITRE IV. — <i>Traitement</i>	221
CONCLUSIONS ...	229
BIBLIOGRAPHIE	233

